

DE LA

RESPIRATION FAIBLE UNILATÉRALE

liée au décubitus

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL LÉPINE

Ancien Externe et Interne provisoire des Hôpitaux de Lyon

Né à Lyon, le 7 Mai 1868



LYON. — IMPRIMERIE DES FACULTÉS. — LYON

20, RUE CAVENNE, 20

—
Juillet 1896

DE LA

RESPIRATION FAIBLE UNILATÉRALE

liée au décubitus

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL LÉPINE

Ancien Externe et Interne provisoire des Hôpitaux de Lyon

Né à Lyon, le 7 Mai 1868



LYON. — IMPRIMERIE DES FACULTÉS. — LYON

20, RUE CAVENNE, 20

—
Juillet 1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LÉPINE..... ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	{ MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	{ BONDET.
Clinique obstétricales et Accouchements.....	{ OLLIER.
Clinique ophtalmologique.....	{ PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.....	GAYET.
Physique médicale.....	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.....	CAZENEUVE.
Anatomie.....	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.....	LORTET.
Physiologie.....	TESTUT.
Pathologie interne.....	RENAUT.
Pathologie externe.....	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	TEISSIER.
Anatomie pathologique.....	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.....	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.....	TRIPPIER.
Médecine légale.....	POLLOSSON (Maurice)
Hygiène.....	ARLOING.
Thérapeutique.....	LACASSAGNE.
Pharmacie.....	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.....	LAROYENNE.
---------------------------------------	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL.	agrégé
Accouchements.....	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.....	BEAUVISAGE	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. CURTILET.	MM. MOREAU.	MM. SIRAUD.
BEAUVISAGE.	DEVIC.	POLLOSSON (Aug.)	VALLAS.
BOYER.	DOYON.	ROCHET.	CAUSSE, chargé des
CONDAMIN.	DURAND.	ROLLET.	fonctions d'agrégé.
COURMONT.	GANGOLPHE.	ROQUE.	
COLLET.		ROUX.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TEISSIER, Président ; M. BARD, Assesseur ; MM. ROQUE et BOYER, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Père

A ma Mère

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse
Monsieur le Professeur J. TEISSIER

A M. le Professeur R. LÉPINE
Témoignage de Reconnaissance

A mes MAITRES dans les HOPITAUX

PRÉFACE

L'idée première de ce travail nous a été suggérée en voyant faire, dans le service de M. le professeur Teissier, des recherches sur le bien fondé de l'opinion émise par M. Marfan, dans le traité de médecine, sur la possibilité de percevoir, à l'état *normal*, au sommet droit du poumon, surtout chez les femmes, des signes pouvant être interprétés faussement comme une manifestation pathologique. L'intérêt d'un semblable fait est très grand pour ceux qui, avec le professeur Grancher, reconnaissent la nécessité d'établir un *diagnostic précoce* de la tuberculose.

Pénétré de l'importance d'une telle question, nous avons entrepris d'étudier la valeur de la respiration faible, isolée, d'un sommet de la poitrine, dirigeant plus spécialement nos recherches dans le sens d'un

travail récent de M. Moncorgé sur *la respiration faible physiologique à droite*.

Grâce à M. le professeur Teissier, nous avons pu examiner et suivre un nombre considérable de malades. L'accueil plus que bienveillant qu'il nous a toujours réservé, nous fait un devoir, très doux, de le remercier des nombreux témoignages de confiance et de sympathie qu'il nous a constamment prodigués, depuis le jour où nous avons eu l'honneur, pendant trop peu de temps, d'être interne suppléant dans son service, jusqu'à la soutenance de cette thèse dont il veut bien accepter la présidence. Nous n'oublierons jamais à quel haut degré se trouvent associées, chez ce maître éminent, à une science considérable, les plus grandes qualités du cœur.

Pendant notre long séjour dans les hôpitaux, nous n'avons pas eu la bonne fortune d'avoir pu compter M. le professeur Lépine parmi nos maîtres, mais nous avons trouvé auprès de lui des conseils éclairés, et nous ne saurions oublier qu'en plusieurs circonstances pénibles, il nous a donné des marques de vive sympathie ; nous le prions de recevoir ici tous nos remerciements.

C'est auprès de MM. les professeurs Ollier et Gayet que nous avons, comme externe, recueilli les premières connaissances pratiques de la science chirurgicale. Nous savons tout le prix de l'enseignement que nous avons reçu d'eux, et c'est pour nous un très agréable devoir de leur témoigner notre reconnaissance.

Nous avons également une dette à acquitter vis-

à-vis de M. Chappet, médecin des hôpitaux, qui nous a initié à la clinique médicale, et de M. le professeur agrégé Gangolphe, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu. Dans leurs services hospitaliers et en plusieurs circonstances, ils nous ont l'un et l'autre accueilli avec une grande bienveillance, nous les en remercions bien vivement.

M. le docteur A. Carrier, dans le service duquel nous avons passé un semestre complet d'internat, nous a toujours traité presque plus en ami qu'en élève; nous garderons de lui et de son enseignement le meilleur souvenir.

Pendant notre passage à l'hospice du Perron, M. le professeur Renaut nous a fait l'insigne honneur de vouloir bien nous compter parmi ses élèves; c'est une distinction dont nous sommes fier, et nous ne saurions trop le remercier de cette marque de sympathie.

M. le professeur Bard, en nous permettant de profiter pour nos recherches de sa merveilleuse collection d'observations, s'est acquis un titre spécial à notre reconnaissance. Nous tenons aussi à le remercier pour la confiance qu'il nous a témoignée quand, à plusieurs reprises, nous avons eu la faveur de suppléer ses internes.

Que M. le professeur Maurice Pollosson, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, que MM. les docteurs Clément, Rabot, Josserand, Garel, Lannois, Roques, Devic et Pic, médecins des hôpitaux, dans le service desquels nous avons eu l'honneur d'être interne suppléant, nous permettent de leur témoigner

notre reconnaissance pour l'intérêt qu'ils nous ont porté.

M. Guinard, chef des travaux de physiologie à l'école vétérinaire de Lyon, a bien voulu nous aider de ses conseils et mettre à notre disposition les instruments de son laboratoire; il nous a toujours accueilli très aimablement et nous sommes heureux de profiter de cette circonstance pour lui témoigner notre gratitude.

Nous remercions nos amis F. Dumarest et Duplan, internes des hôpitaux, pour les observations qu'ils nous ont communiquées.

Le docteur Duquaire, qui a bien voulu accepter la tâche ingrate de corriger les épreuves de ce travail, nous permettra de lui renouveler l'assurance de notre vive affection. Que notre excellent ami F. Burdet, interne des hôpitaux, auquel nous devons de nombreuses traductions, veuille bien croire à notre cordiale reconnaissance.

DE LA

RESPIRATION FAIBLE UNILATÉRALE

liée au décubitus

« En auscultation il n'y a que les
sensations fines qui comptent. »

PÉTER, in cliniq. médic.

INTRODUCTION

« La respiration faible, par cela même qu'elle est peut-être la plus fréquente des respirations anormales et qu'elle se rencontre dans une foule d'états pathologiques différents, n'a pas une grande valeur de définition. Elle pose au problème, voilà tout. » Cette opinion se trouve ainsi exprimée dans les leçons de Grancher (1) sur les maladies de l'appareil respiratoire, et c'est à la solution d'une partie de ce problème des respirations faibles, que nous allons consacrer cette étude dont le but est de montrer qu'il

(1) Grancher. Leçons recueillies par Faisans, 1890.

existe une faiblesse respiratoire spéciale, qui n'est nullement pathologique, puisque sa cause réside dans l'habitude systématique, adoptée par certaines personnes, de dormir couchées sur le côté droit du thorax.

Si nous parvenons à démontrer l'exactitude de cette proposition, nous aurons fait une œuvre utile ; car jusqu'à présent on a toujours eu coutume de considérer que toute faiblesse respiratoire siégeant aux sommets des poumons était l'indice presque certain d'un début de tuberculisation, même en l'absence de tous autres symptômes locaux ou généraux. Une telle manière de voir, si en réalité dans un certain nombre de cas, la faiblesse respiratoire répond à une cause toute différente et presque banale, peut entraîner des conséquences fâcheuses à plus d'un point de vue. D'abord elle n'expose pas seulement à faire un diagnostic erroné, ce qui est toujours regrettable ; mais aussi elle peut entraîner à une ligne de conduite dont les malades auront à pâtir, si l'on se croit autorisé à refuser, par exemple, à une chlorotique, le bénéfice de la médication martiale ou celui, très appréciable souvent, de l'hospitalisation. D'autre part, il importe dans nombre de cas de pouvoir établir un jugement complet en s'en référant aux seuls signes physiques, chez des sujets névropathes, par exemple, qui se reconnaissant tous les signes de toutes les maladies, sont incapables de fournir des renseignements sérieux sur les symptômes subjectifs de l'affection qu'on leur soupçonne.

Mais si la question est importante, les difficultés

surgissent nombreuses lorsqu'il s'agit de rechercher et d'interpréter des sensations auditives ou tactiles dont la mesure ne saurait être fixée par des instruments enregistreurs. Tous les auteurs reconnaissent que l'étude des respirations anormales présente de grandes difficultés ; quelques-uns se sont même demandé si par la recherche de ces finesses on ne risquait pas d'aboutir à des subtilités ! A quoi Lasèque (1) répond : « Je l'ai dit et je n'hésite pas à le répéter : en fait d'auscultation, l'absolu suffit aux commençants, le relatif est à l'usage des habiles, et il n'est permis à personne de s'en tenir aux notions élémentaires ».

Grancher déclare que « la connaissance des respirations anormales et leur appréciation sont choses délicates et difficiles sans doute ; et d'autant plus qu'on les étudie moins ! » Quand on connaît bien la respiration physiologique il n'est pas difficile d'en reconnaître les altérations, même légères. « Ce sont des sensations auxquelles il faut s'habituer et qui deviennent peu à peu d'une perception aussi aisée que l'est celle de n'importe quel autre bruit morbide. » Mais il semble que l'on ait une tendance à négliger un peu l'auscultation, et à ce point de vue, qu'on nous permette de citer une page d'une leçon de Grancher, encore pleine d'actualité. « Laissant dormir ce sujet (l'auscultation) qui semblait épuisé, l'esprit médical s'est engagé dans une autre voie. C'est

(1) Lasèque. technique de l'auscultation pulmonaire, 2^e éd. 1881

l'anatomie pathologique et la physiologie, les maladies du système nerveux, c'est enfin la pathologie expérimentale qui se sont tour à tour partagé l'attention du monde savant, sous l'impulsion de maîtres nouveaux et de découvertes nouvelles. Aujourd'hui, l'auscultation est un peu délaissée. Nous savons toujours utiliser les connaissances classiques pour le diagnostic des grosses lésions, mais les finesses et les délicatesses de l'auscultation ne nous préoccupent pas autant que nos devanciers, soit que nous reculions devant la difficulté de leur recherche, soit que nous les jugions infidèles ou superflues. »

Plus loin, s'adressant plus directement aux élèves, le même auteur ajoute : « Vous profitez peu de ces rencontres de poumons presque sains pour faire l'éducation de votre oreille et fixer définitivement, dans votre esprit, les sensations si délicates et si spéciales du murmure respiratoire. Vous auscultez les malades pour en compléter l'examen, pour ne pas laisser échapper quelque grosse lésion, mais non pour en faire une étude systématique, base indispensable cependant de toute recherche de l'état pathologique. En un mot, vous êtes amenés à juger les divers états pathologiques par comparaison entre eux, plutôt que par comparaison avec l'état sain ; méthode suffisante, en somme, pour la perception des gros signes, mais tout à fait défectueuse pour les finesses de l'auscultation. »

Sans s'associer à tous les regrets exprimés dans ces lignes, on peut bien reconnaître que souvent on ne demande pas à l'auscultation tous les services

qu'on en pourrait attendre, et cela parce qu'on ne s'est pas suffisamment exercé à la pratiquer.

Mais ces difficultés d'ordre général mises à part, l'étude du sujet que nous avons choisi demandait la solution de plusieurs questions que nous n'avons pu, malgré nos efforts, élucider complètement.

C'est ainsi que toute constatation anatomique venant corroborer nos hypothèses, fait défaut ; dans un cas semblable aux nôtres Marfan fit une constatation nécropsique négative, mais nous-même n'avons pas eu la bonne fortune de pouvoir faire une seule vérification. De plus, nous avons essayé, sans succès, d'enregistrer les différences d'ampliation que l'auscultation nous faisait percevoir entre les deux côtés de la poitrine. Notre instrumentation était trop imparfaite et les appareils de précision qui eussent été nécessaires ne se trouvaient ni dans les services hospitaliers, ni dans les laboratoires de la Faculté ; d'autre part leur prix très élevé ne nous permettait pas de nous les procurer.

Néanmoins nous espérons que notre travail vaudra par sa partie clinique. Nous avons observé un nombre assez considérable de malades, surtout étant donné les difficultés que l'on a, à trouver dans des services hospitaliers des sujets à poumons entièrement sains.

Nous les avons examinés avec soins, et les deductions que nous avons pu tirer de nos observations conduisent forcément aux conclusions adoptées par nous.

Ce travail comprendra cinq chapitres.

Dans le premier, nous définirons et essayerons de qualifier la variété de respiration faible dont nous avons entrepris l'étude.

Le second chapitre sera consacré à l'exposé des opinions des auteurs anciens et modernes sur la respiration physiologique et ses variations.

Dans le troisième, une étude complète de la partie clinique de notre travail, nous montrera la fréquence, l'étiologie, le siège, la symptomatologie, le pronostic et le diagnostic de la respiration liée au décubitus, dont la pathogénie fera l'objet du quatrième chapitre.

Enfin, dans le cinquième, nous exposerons le traitement.

Les observations viendront ensuite avec nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

L'oreille, appliquée sur la poitrine d'un sujet sain, entend distinctement un bruit, engendré par le passage de l'air dans l'appareil respiratoire, et nommé murmure vésiculaire. Ce bruit composé, fait percevoir, à l'examineur attentif, une série de sensations qui doivent être analysées ; ce sont : la force, la douceur, le rythme, la tonalité de la respiration. Normalement, d'après Grancher, le murmure respiratoire est : léger, moelleux, continu, musical. Parmi ces éléments, un est surtout variable, la force.

En effet, l'intensité du murmure vésiculaire, considérée en général, se modifie suivant l'âge, le

sexe, les individus. La respiration s'entend mieux chez l'enfant et le vieillard que chez l'adulte. Le pannicule adipeux plus développé chez la femme rend sa respiration moins facilement perceptible à l'auscultation. Deux individus de même âge et de même sexe, à stature et à corpulence égales, peuvent présenter une respiration d'intensité très variable. Walshe ayant constaté ce fait, l'explique par une idiosyncrasie. Fournet avait remarqué que souvent les individus fortement constitués présentaient une respiration à peine perceptible.

Chez les obèses il est habituel de constater une respiration très obscure, soit qu'il faille incriminer l'emphysème, ou bien l'épaisseur du revêtement thoracique.

Les sujets nerveux et émotifs respirent souvent très mal, mais en pareil cas il s'agit d'un affaiblissement factice, qui disparaît aisément si l'on a soin de faire tousser le malade ou de lui faire pratiquer quelques inspirations lentes et profondes.

L'intensité du murmure vésiculaire est en effet, dans une certaine mesure, soumise à l'influence de la volonté, et pour obtenir dans l'auscultation des poumons des résultats comparatifs, il est indispensable de régler d'une manière convenable la respiration des malades soumis à l'examen; on évite ainsi de nombreuses causes d'erreur.

Chez un même individu toutes les parties de la poitrine ne respirent pas également. La base respire avec plus d'ampleur chez l'homme; au sommet, la respiration se perçoit mieux chez la femme, et sous

les clavicules bien plus nettement qu'au niveau des fosses épineuses garnies de muscles épais.

L'attitude influe sur la force du bruit respiratoire ; dans la station debout, le murmure est plus fort ; il est moindre si le malade est couché sur le dos. La respiration est plus faible au réveil qu'après des inspirations actives. Après le repas, après les exercices modérés, la respiration est plus forte.

L'intensité du murmure vésiculaire est donc chose mobile et subordonnée à des conditions diverses. Toutefois, en règle générale, la force de la respiration est proportionnelle à la force même des muscles inspireurs et expirateurs, et en rapport avec la structure de la cage thoracique.

Les variations d'intensité de la respiration que nous venons d'indiquer, signalées dans tous les traités d'auscultation, sont de notion courante. Elles ont du reste peu d'importance clinique. Lorsque, dans ces cas, la respiration est augmentée ou affaiblie, elle l'est dans toute l'étendue de la poitrine ; c'est là, en quelque sorte, le criterium des variations physiologiques ; et cette constatation est d'autant plus aisée, qu'on considère actuellement partout le principe de la comparaison des deux poumons entre eux, recommandé par Laennec et W. Stokes, comme la base du diagnostic physique. La constatation de la bilatéralité d'un phénomène d'auscultation lui enlève donc, en pareil cas, toute signification pathologique.

Il n'en va pas de même, si l'intensité du murmure vésiculaire est dissemblable à droite et à

gauche. Nous verrons au chapitre suivant quelles opinions ont été émises, à ce sujet, par les auteurs qui ont étudié la respiration normale; mais tout le monde admet qu'une différence notable, dans l'intensité de la respiration d'un poumon par rapport à l'autre, peut être le résultat d'une lésion qui intéresse l'un de ces viscères. La faiblesse respiratoire pathologique, reconnaît des causes intra-pulmonaires et extra-pulmonaires dont les principales sont: l'emphysème alvéolaire, certaines pneumonies, les congestions, les œdèmes du poumon, les obstructions et compressions des grosses bronches, les épanchements liquides ou gazeux de la plèvre, et certaines affections des voies aériennes supérieures, telles que les laryngites chroniques intenses et la paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs. Il est inutile d'insister sur les caractères propres à chacune de ces variétés de respirations faibles pathologiques.

La respiration faible que nous allons étudier, ne peut rentrer dans aucune des deux classes précédentes.

Le qualificatif de physiologique qui lui a été attribué, l'a été, selon nous, à tort. Il faut réserver cette appellation pour déterminer les faits normaux.

Le travail de M. Moncorgé (1), en indiquant une cause jusque-là insoupçonnée de faiblesse respiratoire, a élucidé un point de la solution du pro-

(1) Moncorgé. De la respiration faible physiologique à droite. Lyon Médical, 1894.

blème des respirations faibles; mais cette variété de respiration, soumise à des conditions nettement déterminées et acquises, ne saurait être considérée comme l'expression d'un fonctionnement physiologique.

Est-ce une respiration anormale? Cette désignation a été employée pour la première fois par Grancher ⁽¹⁾ qui la définit: une respiration qui diffère du murmure normal par une simple modification d'une ou de plusieurs de ses qualités: *force*, douceur, rythme, tonalité. Une respiration faible est donc nécessairement anormale, et ce qualificatif est opposé à physiologique.

Est-ce à dire, cependant, que la respiration faible que nous étudions doive être classée parmi les respirations pathologiques? Nous voulons démontrer justement le contraire. Au terme de respiration anormale, on attache avec Grancher la signification de symptôme d'une affertion légère, mais correspondant néanmoins à un substratum anatomique, à une lésion. Or, par sa pathogénie, par son évolution le symptôme que nous voulons définir, se révèle comme ne correspondant à aucune altération sensible. Il résulte d'une simple diminution dans le fonctionnement, dans l'expansion de la couche superficielle du parenchyme pulmonaire. C'est, si l'on veut, une véritable meiopragie du poumon, suivant l'expression consacrée par Petain.

(1). Grancher. De la valeur des respirations anormales. Soc. med. des hôpitaux. Juin 1882.

La production de ce trouble fonctionnel est la conséquence d'une habitude qui n'a rien de pathologique le plus souvent.

Pour le définir, nous sommes donc obligés de le désigner sous le nom de *respiration faible anormale et non pathologique*, et par suite, en dépit des richesses proverbiales de la langue française, il nous faut employer, au lieu d'un simple qualificatif, un pléonasme et une antithèse.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

La connaissance de la respiration faible unilatérale liée au décubitus est d'origine récente. Elle n'a donc, pour ainsi dire, pas d'histoire. Mais à sa découverte se rattache l'étude des opinions diverses, émises par les auteurs, sur le point de savoir si, normalement, il existe une faiblesse respiratoire d'un côté de la poitrine et de quel côté.

Laennec, l'inventeur de l'auscultation, n'a rien écrit de catégorique au sujet de l'égalité respiratoire des deux poumons, il s'exprime ainsi : « Lorsque l'on entend distinctement, *et avec une force à peu près égale*, la respiration dans tous les points de la poitrine, on peut assurer qu'il n'existe ni épanche-

ments dans les plèvres, ni engorgement d'une nature quelconque dans le tissu pulmonaire » (1).

La méthode, à son origine, devait s'en tenir à la recherche des grosses lésions, sans insister sur les finesses, dont l'interprétation moins aisée aurait nui à sa clarté. Mais la phrase citée semble indiquer que Laennec, tout en y attachant peu d'importance, avait observé parfois de faibles différences entre la respiration des deux poumons.

Si l'on en croit G. Sée et Eichorst, Stokes aurait professé qu'il existait une différence d'intensité du murmure vésiculaire entre le côté gauche et le côté droit, en faveur du premier. Cependant le même auteur (2) dans son *Traité sur le diagnostic et le traitement des maladies de la poitrine*, p. 25, en insistant sur la nécessité de comparer, dans tout examen, les deux côtés de la poitrine entre eux, dit que beaucoup de personnes ont une respiration naturellement faible sur toute l'étendue de la poitrine, mais que la constatation de cette faiblesse sous une seule clavicule est un symptôme de maladie tuberculeuse. Cette affirmation très explicite semble en contradiction avec l'opinion rapportée par les auteurs cités.

Fournet (3) s'exprime très nettement au sujet du point qui nous occupe. Il pose ainsi la question :

(1) Laennec. *Traité de l'auscultation médiate*, éd. 1879. Paris.

(2) Stokes. *A treatise on the Diagnosis and treatment of Diseases of the chest*. Dublin, 1837.

(3) Fournet. *Recherches cliniques sur l'auscultation des organes respiratoires*. Paris, 1839.

« Les bruits respiratoires sont-ils les mêmes dans les deux côtés de la poitrine et dans les diverses régions d'un même côté? » Son importance ne lui a pas échappé : « Si une différence naturelle existait, dit-il, elle pourrait être prise pour un commencement d'état pathologique et de là résulteraient des erreurs de diagnostic. » Pour arriver à la solution, il a suivi deux voies différentes : *a)* L'observation directe et comparative des bruits produits. *b)* L'examen comparatif de la texture des deux poumons et des conditions de conductibilité qui les entourent. Ses conclusions sont doubles : « 1° Les bruits de l'inspiration et de l'expiration sont exactement les mêmes dans les deux côtés de la poitrine, au sommet comme à la base, en avant comme en arrière... Il résulte de là que toutes les fois qu'une différence existera entre les bruits des deux sommets de la poitrine, cette différence pourra, *en règle générale*, être attribuée à un état pathologique. » 2° « Il n'existe pas, dans les conditions physiques de l'organe, de raison suffisante pour une différence sensible entre les bruits normaux du sommet du poumon droit et ceux du sommet du poumon gauche. »

Comme on l'a vu, Fournet n'attribue à une cause pathologique la faiblesse respiratoire unilatérale qu'« en règle générale ». Faisons remarquer aussi, dès à présent, que ses recherches n'ont porté que sur des hommes, « sur des militaires qui avaient les apparences de la santé la plus robuste ».

Bonchut⁽¹⁾ professe la même opinion que Fournet.

Louis⁽²⁾ fut le premier à apprécier distinctement les caractères de l'inspiration et de l'expiration. Son étude comparative du bruit respiratoire a porté sur les sommets, elle a été faite sur vingt-deux femmes, âgées de 15 à 22 ans, qui n'éprouvaient aucun symptôme d'une affection quelconque des organes placés dans la cavité thoracique. Dans tous les cas, à l'exception de deux, le bruit de l'inspiration était absolument semblable à droite et à gauche sous les clavicules : il était doux, fin, moelleux. Quant au bruit de l'expiration, à peine sensible sous la clavicule gauche dans la majorité des cas (treize fois sur vingt-deux), il était presque toujours (dix-sept sur vingt-deux) manifeste, et quelquefois très prolongé, sous la clavicule droite. Le même bruit étudié en arrière était nul à gauche dans quatorze cas, tandis qu'à droite il manquait dans cinq seulement, et lorsque l'expiration était sensible des deux côtés, elle était plus marquée, plus prolongée, et quelquefois de beaucoup, du côté droit que du côté gauche.

Hardy et Béhier⁽³⁾, étudiant les signes fournis par l'auscultation de la poitrine chez les personnes en bonne santé, écrivent : « On a dit qu'au sommet du poumon droit la respiration était un peu plus forte, ce que M. Gerhard, de Philadelphie a expli-

(1) Bonchut. Traité de Diagnostie et de Seméiologie, Paris 1883.

(2) Louis. Recherches sur la phléisie, 2^e édition, 1843, p. 531.

(3) Hardy et Béhier. Traité élémentaire de patholog. int., t. I, p. 528. Paris, 1844.

qué par le calibre plus considérable de la bronche droite; mais cette différence d'intensité de bruit est si peu marquée, lorsqu'elle existe, qu'on ne doit pas en tenir compte ».

Barth et Roger ⁽¹⁾ admettent que le murmure est parfois plus fort à droite au niveau du sommet : « Le bruit respiratoire est égal des deux côtés dans les points correspondants; toutefois, au sommet de la poitrine, il est chez quelques personnes un peu plus intense à droite qu'à gauche, différence qui paraît tenir au diamètre plus grand de la bronche droite. Il résulte de ce qui précède qu'une différence entre le bruit respiratoire des deux côtés de la poitrine sera généralement le signe d'un état pathologique et, pour le sommet du thorax, la valeur de cette dissemblance sera plus grande si elle consiste dans une diminution d'intensité à droite ou dans une augmentation à gauche. » Cette opinion est à retenir, émise dans l'ouvrage le plus répandu en France sur l'auscultation, c'est elle qui a force de loi auprès des praticiens.

W. Walshe ⁽²⁾ a longuement étudié les variations d'intensité du murmure vésiculaire au niveau des sommets de la poitrine. « Il est parfaitement vrai, dit-il, que l'intensité, la durée, la qualité et la hauteur des sons ne sont ni nécessairement ni constamment dissemblables au sommet de l'un et

(1) Barth et Roger, 7^e édition, p. 33.

(2) W. Walshe. Tr. clinique des maladies de la poitrine, 3^e éd. traduite par Focssagrives, 1870.

l'autre poumon ; mais les différences sensibles que l'on constate assez souvent dans les deux régions sous-claviculaires chez des individus sains doivent au moins engager à y regarder à deux fois avant de rattacher une inégalité légère des deux côtés à un état morbide commençant, même quand il existe du côté de la poitrine ou de l'état général des symptômes qui sont susceptibles d'éveiller un certain degré d'inquiétude. » Il donne ensuite, sous forme de tableau, les différences les plus communes entre les deux côtés : à droite, il y aurait affaiblissement de l'inspiration par rapport au côté gauche ; pour l'expiration, ce serait exactement l'inverse, elle serait moindre à gauche et plus marquée à droite. Il aurait fait les mêmes remarques pour les fosses sus-épineuses que pour les régions sous-claviculaires.

Guttmann ⁽¹⁾ ne signalé pas de différences entre les deux côtés de la poitrine ; il en est de même de Woillez ⁽²⁾ et de Lasègue ⁽³⁾.

Kennedy, ayant examiné quatre-vingt-dix-neuf personnes dont les deux tiers étaient des femme sa-dessous de 25 ans, trouva le murmure vésiculaire, plus fort à gauche, soixante-dix-neuf fois, soit dans 80 % des cas ; six fois seulement il fut trouvé plus fort à droite, et quatorze fois, égal des deux côtés.

(1) Guttmann. Tr. du Diagn. des malad. des organes thoraciques et abdominaux, 2^e éd., trad. de Hahn. Paris, 1877.

(2) Woillez. Tr. théorique et clinique de percussion et d'auscultation. 1879.

(3) Lazègue. Technique de l'auscult. pulmon., 2^e éd. 1881.

G. Sée (1); rapportant l'opinion de Stokes et de Kennedy sur la prédominance du murmure vésiculaire à gauche, ajoute : « Si le fait est démontré, il ne s'applique certes pas au sommet, où l'air pénètre plus difficilement, la bronche principale étant plus étroite qu'à droite ». Or c'est pour le sommet seul que la question présente une réelle importance, aussi ne comptons nous pas G. Sée au nombre des défenseurs de l'opinion de Stokes. Eichhorst (2), au contraire, ne fait pas de réserves sur l'appréciation de l'auteur anglais; il admet qu'ordinairement il existe une différence d'intensité de la respiration entre les deux côtés et en faveur du côté gauche.

Là se termine l'énumération des différentes opinions soutenues depuis Laennec par les auteurs classiques français et étrangers.

On peut les classer en quatre groupes : les uns et c'est le plus grand nombre : Laennec, Fournet, Bouchut, Hardy et Béhier, Guttmann, Woillez, Lasègue, admettent que l'intensité de la respiration est la même des deux côtés de la poitrine, qu'en tout cas, s'il existe parfois quelques différences, elles sont très légères et négligeables, de sorte que toute atténuation manifeste de murmure vésiculaire doit être tenue pour pathologique. Les autres se rangent en deux camps; les partisans de la prédominance du côté gauche : Stokes, Kennedy, Eichhorst; et ceux :

(1) G. Sée, De la phthisie bacillaire des poumons. 1884.

(2) Eichhorst, Tr. de Diagnostic medical. Trad. Marfan et Weiss. Paris 1890

Louis, Barth et Roger, qui reportent au côté droit cette même prédominance.

Deux, enfin, adoptent une opinion mixte. Le premier, Walshe reconnaît que dans la grande majorité des cas il y a égalité entre les deux poumons ; lorsqu'une différence existe, chacun d'eux a la prépondérance pour l'un des temps respiratoires, le gauche pour l'inspiration, le droit pour l'expiration ; sur ce dernier point il est d'accord avec Louis. Quant à Sée, il paraît admettre la manière de voir de Stockes et Kennedy pour les régions moyennes et les bases, mais il la rejette absolument pour les sommets.

Quoi qu'il en soit de ces résultats, l'opinion restée classique, en France du moins, était celle de Barth et Roger. Avec ces auteurs on admettait que le bruit respiratoire était égal des deux côtés dans les points correspondants ; que dans quelques cas, s'il existait une différence, elle était en faveur du côté droit où surtout l'expiration prédominait.

Dans des publications plus récentes, Grancher ⁽¹⁾ et Hanot ⁽²⁾ ont confirmé ces données. Le premier écrit que « l'association physiologique des signes physiques est fixe, ou à peu près fixe, quand on compare entre eux les mêmes sujets et les mêmes points du thorax ». Le second, qui, entre paren-

(1) Grancher. Rapport du tympanisme sous-claviculaire avec les autres signes physiques au point de vue du pronostic des épanchements pleuretiques. Soc. méd. des hôpitaux de Paris. 1882.

(2) Hanot. Début de la phthisie pulmonaire. Clinique, in Semaine Médicale 1895, p. 429.

thèses, interprétant le qualificatif de physiologique employé par M. Moncorgé, lui prête une opinion qui n'est pas la sienne, admet que souvent la respiration, chez les hommes comme chez les femmes, est plus pénétrante, plus forte à droite.

Cette dernière appréciation est basée sur des considérations anatomiques dont les principales sont : l'existence, signalée par Gerhart et admise par tous, du calibre plus considérable de la bronche droite ; sa plus grande longueur ; le volume supérieur du poumon droit qui est au gauche comme onze est à dix ; l'énergie prédominante des muscles respirateurs à droite. Les mensurations de Woillez ⁽¹⁾, de Sibson et Bennet, ont montré que le développement et la dilatation du côté droit étaient supérieurs à ceux du côté gauche. Cette même constatation peut se faire aisément sans appareil ; par la simple application des mains sur les parties latérales du thorax, on perçoit nettement une différence d'incursion en faveur du côté droit.

Ces notions avaient cours lorsque parurent les travaux de Grancher ⁽²⁾ sur les respiration anormales parmi lesquelles figurait la respiration affaiblie. En raison de la grande compétence de l'auteur, ses conclusions furent universellement admises, quel-

(1) Woillez, 1857. in. Arch. de médecine. Note sur un nouveau procédé de mensuration de la poitrine.

(2) J. Grancher. De la valeur des respirations anormales dans le diagnostic du début de la tuberculose pulmonaire commune. Soc. méd. des hôpitaux. Juin 1882.

ques-unes même trop généralisées. Insistant sur la nécessité de faire le plus tôt possible le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, il recommandait d'attacher aux respirations anormales une valeur plus grande qu'on ne l'avait fait jusqu'alors. Il indiquait bien comme étant surtout caractéristique l'inspiration rude et basse, il accordait même à la respiration saccadée plus de valeur qu'à la respiration faible; néanmoins tous les cas de faiblesse respiratoire des sommets, isolés de tous autres signes, furent dès lors considérés comme relevant de la tuberculose. L'affaiblissement du murmure vésiculaire aux sommets fut signalé par tous les phtysiologues comme un signe d'une très grande valeur. Il faut arriver à l'article de Marfan (1) pour voir émettre les premiers doutes sur l'importance de ces signes: « A l'état normal, surtout chez les femmes, écrit-il, on peut percevoir *au sommet droit* du poumon, un son plus obscur, une respiration plus rude une expiration plus prolongée, des vibrations vocales plus intenses, une bronchophonie plus marquée qu'au sommet gauche ».

Lorsque les modifications du murmure vésiculaire sont isolées, il ne croit pas possible de faire d'après elles seules le diagnostic de tuberculose. Il cite l'observation d'une femme jeune, atteinte d'ulcère stomacal, et chez laquelle il avait affirmé, en se basant sur ces signes, l'existence de la phtisie; elle mourut brusquement d'une hématemèse et l'autopsie ne

(1) Marfan. Art. phtisie pulmonaire, in *Traité de Médecine*.

révéla aucune trace de tuberculose pulmonaire. Ne s'agissait-il pas là d'un cas analogue à ceux signalés par M. Moncorgé ?

Dans un travail récent M. Moncorgé ⁽¹⁾ a rapporté les résultats de ses recherches personnelles sur la faiblesse respiratoire unilatérale. Il a observé dans la clientèle vingt malades, quatorze femmes et six hommes qui présentaient ce phénomène à droite ; or, tous avaient l'habitude de dormir couchés sur le côté droit et ne pouvaient dormir qu'ainsi. Sur vingt hommes examinés à l'hôpital, il n'a pas trouvé une seule fois la faiblesse respiratoire à droite, mais ces hommes dormaient indifféremment à droite ou à gauche. Chez vingt femmes observées dans les mêmes conditions, l'atténuation du murmure à droite, justifiée par le sommeil unilatéral droit, existait cinq fois. Sous l'influence simplement d'une bonne hygiène respiratoire et de quelques séances de gymnastique pulmonaire, rapidement la respiration normale reparut. M. Moncorgé, de ces constatations conclut : 1° que l'habitude systématique de dormir sur un seul côté du thorax peut amener une faiblesse respiratoire de ce côté ; 2° que la faiblesse respiratoire physiologique se rencontre presque toujours à droite et surtout chez les femmes. Les recherches que nous avons entreprises sur le même sujet nous amèneront à des conclusions à peu près identiques.

(1) Moncorgé. De la respiration faible physiologique à droite. In. Lyon Médical 1894.

Mais déjà d'après le seul travail de M. Moncorgé, on peut entrevoir sous un jour nouveau l'histoire des respirations faibles. On s'explique aisément les contradictions des statisticiens et des expérimentateurs. Fournet, Louis, Walshe, Kennedy, qui, seuls parmi les auteurs que nous avons signalés, ont donné leur opinion avec preuves à l'appui, se sont placés pour faire leurs constatations dans des conditions complètement différentes, ne tenant compte ni du sexe, ni de l'âge de leurs malades. Fournet observait seulement des hommes adultes, il ne trouvait pas de différence entre la respiration des deux côtés de la poitrine. Louis examinait un nombre de femmes trop restreint pour arriver à des résultats exacts. Kennedy en signalant chez les femmes au-dessous de 25 ans, une prédominance du murmure vésiculaire à gauche devançait les conclusions de M. Moncorgé; et Walshe, dont les recherches avaient portées à la fois sur les deux sexes, devait arriver à une conclusion mixte.

La découverte, enfin, d'une cause bien déterminée, engendrant la faiblesse respiratoire d'un côté de la poitrine, permet d'éclairer la solution du problème des respirations faibles, posé par le professeur Grancher.

Envisageant la respiration faible complètement isolée, seul signe physique perceptible, il faudra désormais distinguer à côté de la variété pathologique, symptomatique le plus souvent de la tuberculose au début, celle qui relève simplement d'un mode de décubitus spécial, et dont nous allons maintenant aborder l'étude.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

Avant d'entreprendre l'étude clinique de la respiration faible unilatérale liée au décubitus, nous devons dire dans quelles conditions ont été recueillis les résultats que nous allons exposer. Nos recherches ont porté sur deux cent quarante-trois individus qui, au point de vue du sexe et de l'âge, se répartissent ainsi :

173 femmes, âgées de 15 à 60 ans.

32 hommes adultes.

20 petites filles, de 5 à 15 ans.

18 garçons, au-dessous de 15 ans.

Tous ces individus étaient des malades ; sauf huit hommes et trois femmes, anciennes malades qui revenaient consulter, tous étaient soumis au régime

hospitalier. Nous nous sommes efforcés avec le plus grand soin, d'éliminer tout sujet porteur d'une affection pulmonaire quelconque, ou ayant eu autrefois une affection thoracique grave qui aurait pu laisser des traces de son passage.

Fréquence de la respiration faible unilatérale liée au décubitus. — Les recherches de M. Moncorgé ont porté sur soixante malades; sur ce chiffre vingt-cinq présentaient « la respiration faible physiologique à droite »; ce qui donne comme rapport de fréquence 41,6 %. Personnellement, sur nos deux cent quarante-trois malades, nous avons soixante-cinq fois noté à droite un murmure vésiculaire plus faible qu'à gauche; nous arrivons ainsi à une proportion de 26,7 % seulement. Réunissant les chiffres de M. Moncorgé aux nôtres nous trouvons, pour trois cent trois malades, quatre-vingt-dix respirations faibles, soit 29,7 %. Mais ces résultats ne sauraient être considérés comme l'expression de la réalité; ils sont entachés d'erreurs. D'abord sur les soixante malades de M. Moncorgé, vingt avaient été choisis comme présentant justement tous, le symptôme qu'il voulait étudier, nous ne devons donc pas les faire figurer dans notre calcul; de plus ces malades avaient été observés dans la clientèle, c'est-à-dire, étaient soumis à des influences auxquelles ont échappé les nôtres; nous ne saurions les comparer. Les quarante autres malades étaient hospitalisés, tous adultes et choisis en nombre égal dans les deux sexes. Nous devons pour donner des chiffres sérieux tenir compte de tous ces facteurs.

Sur les vingt hommes observés à l'hôpital par M. Moncorgé, aucun ne présentait la respiration faible. Nous avons dans les mêmes conditions examiné vingt-quatre sujets, sans trouver chez aucun une différence appréciable, entre l'intensité du murmure vésiculaire des deux côtés de la poitrine. Huit de nos amis, dont plusieurs dormaient systématiquement sur le côté droit, ne nous ont pas fournis un seul cas de respiration faible.

Nous concluons que chez l'homme adulte soit à l'hôpital, soit dans la clientèle, la respiration faible unilatérale liée au décubitus est chose rare. Toutefois le nombre de cinquante-deux sujets est trop peu considérable pour que notre conclusion puisse avoir une grande valeur ; du reste M. Moncorgé dit avoir observé six fois dans sa clientèle la respiration faible chez des hommes adultes ; et plusieurs de nos maîtres nous ont affirmé connaître des sujets qui depuis de nombreuses années présentent, avec un excellent état général et sans que rien puisse l'expliquer, une respiration plus faible à un sommet de la poitrine qu'à l'autre.

M. Moncorgé chez vingt femmes examinées à l'hôpital a trouvé cinq fois le murmure atténué à droite, soit dans 25 % des cas. Nous arrivons pour notre compte à 37,5 %; ayant trouvé soixante-cinq fois cette même atténuation sur cent soixante-treize malades. Chez la femme la fréquence de la respiration faible serait donc de un sur quatre pour M. Moncorgé et de deux sur cinq pour nous. Cette différence assez notable, s'explique par ce fait, qu'au

lieu de prendre toutes nos malades dans les services de maladies générales, nous avons étendu nos investigations au service spécial des maladies nerveuses, qui nous a fourni un contingent plus fort de « droitières du sommeil » (1). Cette cause d'erreur écartée à son tour, nous arrivons à peu près aux mêmes chiffres que M. Moncorgé et nous pouvons dire que chez la femme adulte, la respiration faible unilatérale liée au décubitus s'observe en moyenne une fois sur quatre.

Chez les trente-huit enfants, tant filles que garçons, soumis à notre examen nous n'avons jamais rencontré la respiration atténuée d'un côté.

Etiologie de la respiration faible unilatérale liée au décubitus. — L'atténuation du murmure vésiculaire à droite en dehors de tout état pathologique ne s'observe pas aux âges extrêmes de la vie. On vient de voir que nous ne l'avons jamais rencontrée chez les enfants. Porte, (2) ne signale rien de semblable dans sa thèse. Nous l'avons noté quatre fois seulement au-dessus de 50 ans et trois fois de 40 à 50 ans. En calculant l'âge moyen des malades femmes examinées par nous, nous trouvons 29 ans $1/2$; la moyenne des âges de celles qui présentaient la respiration faible est 26 ans $1/2$. Les tableaux 1 et 2 (pages 37 et 39) montrent la répartition des âges de nos malades. Ces chiffres ne peuvent rien avoir d'absolu, mais

(1) Moncorgé. Loc. Cit.

(2) Porte. Etude clinique sur le rythme respiratoire dans les maladies de l'enfance. Thèse de Lyon, 1893.

nous exposerons autre part les raisons qui nous permettent de dire que le caractère respiratoire que nous étudions est l'apanage des jeunes et des adultes.

Au point de vue de l'influence du sexe nous savons que les femmes présentent presque seules ce phénomène.

AGE DES 173 FEMMES EXAMINÉES

Feuilles	au-dessous de 15 ans	de 15 à 20 ans	de 20 à 25 ans	de 25 à 30 ans	de 30 à 35 ans	de 35 à 40 ans	de 40 à 45 ans	de 45 à 50 ans	au-dessus de 50 ans
I	2	2	8	3	1	1	1	1	3
II		4	2	5	6	2	1		5
III		4	4	1	3	2	1		1
IV		4	2	4	3	2	1		1
V		2	3	3	1	1	1		1
VI		3	3	2	1	2	2		1
VII		4	2	2	1	1	2		1
VIII		7	3	1	3	2	2		2
IX		1	1	1	6	1	4		2
X		2	3	1	2	6			1
	2	32	39	23	26	19	14	4	14

TABEAU N° 1

Nous devons rechercher maintenant s'il existe des affections générales qui y prédisposent. On verra en consultant le tableau n° 3 (page 42), que nous avons rencontré chez nos malades toutes les affections un

peu communes, mais non avec la même fréquence, et à ce point de vue il est utile de comparer au tableau précédent celui n° 4 (page 44) des maladies présentées par l'ensemble des sujets examinés.

On se rend compte ainsi, que parmi les affections qui semblent prédisposantes, il faut signaler par ordre d'importance : la chlorose, la convalescence de la fièvre typhoïde, l'épilepsie, les lésions cardiaques compensées, et l'hystérie. Kœning a signalé, il y a peu de temps une diminution de la respiration des sommets chez les convalescents ; cette atténuation du murmure est, sans doute, du même ordre que la faiblesse trouvée par nous chez les thyphiques guéris. Comment l'épilepsie et les lésions cardiaques compensées peuvent-elles favoriser l'apparition d'une faiblesse respiratoire non pathologique ? Nous ne saurions le dire ; c'est pourquoi nous nous bornons à mentionner leur présence dans nos tableaux. Nous devons nous étendre, par contre, sur les rapports de la chlorose et de l'hystérie avec la respiration faible unilatérale.

La faiblesse de la respiration chez les chlorotiques a été signalée il y a quelques années par Hayem ; elle a été étudiée également dans la thèse de Léoncini.

Voici d'ailleurs ce qu'en dit Hayem (1) : « A l'auscultation, le murmure vésiculaire est pur dans toute l'étendue de la poitrine, sauf cependant chez quel-

(1) Hayem. Du sang et de ses altérations anatomiques. Paris, 1889.

ques malades aux sommets des poumons. Par suite d'une certaine diminution dans l'énergie des muscles inspireurs, la partie du poumon qui répond à la fosse sus-épineuse, se déplisse incomplètement et

AGE DES 65 MALADES A RESPIRATION FAIBLE

Feuilles	au-dessous de 15 ans	de 15 à 20 ans	de 20 à 25 ans	de 25 à 30 ans	de 30 à 35 ans	de 35 à 40 ans	de 40 à 45 ans	de 45 à 50 ans	au-dessus de 50 ans
I	1		5		1				
II		2	2	1	1				
III		2	4			1			
IV		1	2	3	1			1	1
V		3	2		1				1
VI		2	3	1		1			1
VII		1	1	2					1
VIII			3		1				
IX		1			1		1		
X		2	2		1				
	1	14	24	7	7	5	2	1	4

TABLEAU N° 2

cet état est parfois plus marqué à droite qu'à gauche et accompagné à la percussion d'une diminution du son et de l'élasticité de la paroi thoracique ». Et il ajoute qu'un tel signe n'est pas l'indice d'un début de tuberculose, car par le simple exercice méthodique de la respiration on arrive aisément à le faire disparaître. Du reste Hayem a tou-

jours professé que la tuberculose était exceptionnelle chez les vraies chlorotiques, « les chlorotiques vertes. »

Léoncini ⁽¹⁾ étudiant les troubles respiratoires des chlorotiques, dans une thèse inspirée par Tapret, dit que la respiration de ces malades est surtout caractérisée par une faiblesse ordinairement perceptible dans toute l'étendue du poumon, mais aussi souvent localisée aux sommets. Il distingue cette faiblesse idiopathique de celle relevant de certaines complications fréquentes au cours de la chlorose, la scoliose, l'hypertrophie du corps thyroïde, la névralgie intercostale, par exemple. Il indique l'opinion personnelle de Tapret, qui admet que la marche ultérieure de la maladie ne doit pas laisser de doutes au sujet de la non participation de la tuberculose à la production de ce symptôme. Cet auteur avait remarqué aussi que la respiration faible était plus fréquente chez les chlorotiques de la clientèle de ville qu'à l'hôpital, réflexion qui nous paraît se justifier par ce fait, que chez ces malades le nervosisme est plus souvent associé à la chlorose; et nous verrons que cet état crée aussi une prédisposition à l'atténuation du murmure vésiculaire. Cependant Léoncini n'envisage chez ses malades que la faiblesse générale ou localisée aux sommets; il ne parle pas dans son texte d'une prédominance unilatérale; mais en lisant ses observations, nous avons constaté que, trois fois sur huit,

(1) Léoncini. Etude sur quelques troubles respiratoires dans la chlorose. Thèse Paris, 1893.

elles mentionnaient à droite seulement, l'existence de ce trouble respiratoire. Nous ne doutons pas que, dans la majorité des cas, la faiblesse de la respiration signalée par Hayem et Léoncini chez les chlorotiques, ne relève de la cause que nous étudions. Voici, à ce sujet, les constatations que nous avons faites.

M. le professeur Bard ayant bien voulu nous permettre de profiter de sa merveilleuse collection d'observations, nous avons recherché toutes celles qui avaient trait à des chlorotiques, l'examen minutieux des poumons s'y trouvait soigneusement relaté. Nous avons compulsé ainsi soixante-cinq observations fort complètes dans lesquelles vingt-six fois l'obscurité de la respiration aux sommets était notée avec des indications précises.

Or si, trois fois cette atténuation du murmure était bilatérale, vingt-deux fois elle siégeait à droite seulement, une fois enfin, elle avait été exceptionnellement trouvée à gauche. Si nous rapprochons de cette constatation le résultat de nos recherches personnelles, nous arrivons à une conclusion fort suggestive. Nous avons observé seize chlorotiques ; sur ce nombre, douze présentaient une respiration faible à droite, justifiée par leur mode de décubitus ! Toutes les recherches concordent donc pour indiquer le côté droit comme étant le siège le plus habituel de la faiblesse respiratoire chez les chlorotiques. Cette simple remarque ne suffit-elle pas à donner quelque vraisemblance à l'hypothèse que les malades de Hayem, celles de Léoncini et de M. Bard étaient des droitières du sommeil ?

Nos recherches personnelles ont, en outre, porté sur vingt-sept malades nettement hystériques, parmi lesquelles treize, soit 48 0/0, présentaient l'atténuation respiratoire à droite. Nous ne citons-là que les hysté-

MALADIES
présentées par les 65 femmes à respiration faible unilatérale

Feuilles	Hystérie	Epilepsie	Chlorose	Rhumatisme	Convalescence fièvre typhoïde	Affect. cardiaques compensés	Hyperchlorhydrie	Affect. nerveuses diverses	Maladies infect. légères	Affect. chirurgicales
I	5	2	4	1	1	1			1	
II	1	4								
III			3			1		1		
IV	1	2	2	1	1	1	1	1		
V	1		2	2	2	1		1	1	
VI			1	1						
VII	1			1						
VIII	2			1			2			
IX	2									
X										8
	13	8	12	6	4	5	3	4	2	8

TABEAU N° 3

ries franches ; un bien plus grand nombre de nos sujets étaient, à des degrés divers, des névrophates. M. Moncorgé avait déjà fait cette constatation et s'appuyait sur elle pour expliquer la plus grande fréquence de la respiration faible dans la clientèle. Mais dans ce même milieu, se joint au nervosisme un autre facteur dont, à l'hôpital, nous n'avons pu apprécier la

valeur : c'est l'arthritisme. Le docteur Collin (1) de Saint-Honoré, fait de la faiblesse respiratoire, observée dans le tiers postéro inférieur du poumon droit, un signe presque pathognomonique de l'herpétisme, et M. Moncorgé, qui a observé la faiblesse respiratoire à droite, dans sa clientèle du Mont-Dore, attribue aussi au neuro-arthritisme un rôle prépondérant dans l'étiologie de ce symptôme. Comme il le fait remarquer, par des voies différentes, son confrère et lui arrivent aux mêmes résultats ; car, si de la faiblesse respiratoire M. Collin conclut à l'arthritisme, de l'habitude systématique de dormir sur le côté droit (cause déterminée de l'atténuation uni-latérale du murmure vésiculaire), on peut, presque sûrement, d'après M. Moncorgé, conclure au nervosisme ou neuro-arthritisme.

La faiblesse respiratoire chez les nerveux ne semble pas avoir été constatée par d'autres auteurs.

Coulampis (2) étudiant les troubles respiratoires de la neurasthénie, ne la mentionne pas.

M. Bouveret (3) ne croit guère aux symptômes pulmonaires neurasthéniques ; il ne dit pas avoir observé chez ses malades des modifications dans l'intensité de la respiration.

Pachon (4) qui a consacré la troisième partie de sa

(1) Collin. De l'herpétisme et du diagnostic de cette diathèse par la percussion et l'auscultation, — Paris 1885.

(2) Coulampis. Troubles respiratoires de la neurasthénie. Th. Paris, 1894.

(3) Bouveret. La neurasthénie, in Province Médicale, 1890, n° 3.

(4) Pachon. Recherches expérimentales et cliniques sur la fréquence et le rythme de la respiration. Th. Paris, 1892.

thèse à des recherches sur la respiration dans les maladies mentales, ne mentionne pas d'inégalités respiratoires entre les deux côtés de la poitrine.

Cependant, d'après les observations de M. Moncorgé et les nôtres, il est certain que ce signe est

AFFECTIIONS
des 173 malades femmes examinées

Feuilles	Hystérie	Epilepsie	Chlorose	Rhumatisme	Dothienterie (convalescence)	Cardiaques (lésions compensées)	Dyspeptiques	Affect. nerveuses diverses	Maladies infectieuses légères (convalesc.)	Dialhèse arthritique	Affect. chirurgicales
I	12	3					1	1	2		5
II	3	6		1	2	4	2	2	3	1	
III			4	3		1		2	2	2	
IV	1	2	3	2	1	2	1	4	2		
V	1		2	2	2	2		7	1	1	
VI		1	2	4	2	1		3	2		
VII	3		2	2	1			1	1		2
VIII	3		4	2			2	6	2		1
IX	3		1	3		2		7	3		1
X	4			3			2	5			17
	27	12	16	20	6	9	8	32	13	4	27

TABLEAU N° 4

très fréquent dans ces maladies, et si les auteurs ne les mentionnent pas, ne serait-ce pas pour ce motif que leur attention n'ayant pas été éveillée, ils ne l'ont pas cherché avec tout le soin désirable, ou que l'ayant trouvé, ils n'ont pas cru devoir le prendre en considération ?

Siège de la respiration faible liée au décubitus. —

Nous avons vu que la faiblesse respiratoire, signalée par Collin, et que M. Moncorgé croit pouvoir rattacher au décubitus, est localisée par le médecin de Saint-Honoré au niveau du tiers postéro-inférieur du poumon droit. C'est presque au même point que M. Moncorgé lui-même signale le maximum d'atténuation de la « respiration faible physiologique à droite »; il le place au tiers postéro-inférieur de l'aisselle. Mais il ajoute : « Quand on la trouve dans les régions postéro et antéro-supérieures, elle est toujours assez sensible dans le reste du poumon ». Pour nous, nous avons constamment trouvé son maximum sous la clavicule. C'est, en effet, sous les clavicules qu'il faut tout d'abord et surtout chercher les différences d'intensité du murmure. C'est en ces points que la respiration s'entend le mieux et que ses altérations sont par conséquent le plus sensibles. L'anatomie le démontre pour les deux sexes, et la physiologie nous enseigne que, chez la femme, les mouvements d'expansion de la poitrine et, par conséquent, l'ampleur de la respiration, ont leur maximum dans les deux premiers espaces intercostaux en avant.

Pour ces raisons, nous admettons que le siège le plus habituel de la respiration faible occupe le sommet. Mais n'existe-t-elle qu'au sommet droit? M. Moncorgé ne l'a jamais trouvée à gauche; ce résultat peut s'expliquer par ce fait qu'il n'a rencontré que deux malades ayant l'habitude systématique du sommeil unilatéral gauche.

Parmi nos soixante-cinq malades, il s'en est trouvée une qui présentait une notable diminution du murmure vésiculaire du côté gauche de la poitrine; elle dormait sur le côté gauche. Mais ce cas doit être considéré comme exceptionnel; du reste, suivant la remarque de M. Moncorgé, les personnes qui adoptent systématiquement ce mode de décubitus sont rares, nous ne l'avons noté que dix fois. En résumé, le siège habituel de la respiration faible non pathologique est au sommet droit.

Symptomatologie. — La caractéristique clinique du phénomène que nous étudions réside dans ce fait, que lorsqu'on examine la poitrine d'un individu qui le présente, tous les signes qu'il est usuel de rechercher, tous, sauf un, sont normaux. Le murmure vésiculaire n'est altéré que dans son intensité, diminuée du côté droit. Comme nous l'avons dit au début de ce travail, la perception nette de cette anomalie n'est pas toujours d'une constatation aisée; mais lorsqu'on veut pratiquer sérieusement l'examen des sommets de la poitrine pour y déceler les premiers indices d'une affection redoutée, peut-être commençante, il faut avoir donné à son oreille une éducation toute spéciale. Cette même éducation est nécessaire pour qui veut déceler la manifestation qui nous occupe. De plus, il est absolument indispensable, en pareil cas, d'examiner comparativement les deux poumons; en dehors de cette alternative, il est évident qu'il n'y a pas de diagnostic possible.

Les caractères de l'atténuation simple du murmure vésiculaire sont assez tranchés, pour qu'il soit pos-

sible de la rapporter immédiatement à sa véritable cause. « Le murmure se révèle net, pur, sans rudesse, sans tonalité abaissée, portant sur les deux temps de la respiration. Anormal dans sa quantité, il reste normal dans sa qualité » (1). On a l'impression d'une paresse et d'une insuffisance d'expansion de la totalité du poumon. « C'est, dit Collin, une diminution en nappe, l'oreille perçoit bien l'expansion pulmonaire, mais moins qu'à gauche, il semble qu'un léger voile s'interpose entre l'oreille et le poumon ». Nous ajouterons que parfois même, dans les respirations ordinaires, le murmure est totalement aboli à droite et ne se révèle avec les caractères précédents que si l'on fait faire à la malade des inspirations profondes et lentes.

Tels sont les caractères, en quelque sorte, intrinsèques de la respiration faible, liée au décubitus. Mais pour dégager complètement sa symptomatologie, nous croyons nécessaire de ne pas borner là notre étude, et d'examiner, dans quel rapport se présentaient au sommet droit de la poitrine chez nos malades, les signes physiques qu'il est d'usage de mettre en œuvre pour étudier l'état du poumon. Grancher (2) a bien montré la nécessité de cette façon de procéder. « Tout est là, dit-il, et l'importance de cette recherche méthodique des trois phénomènes : son, vibrations, respiration, est telle, dans toutes les

(1) Moncorgé. Loc. cit.

(2) Grancher. — Rapport du tympanisme sous-claviculaire avec les autres signes physiques, etc... Soc. méd. des hôpitaux, Paris, 1882.

questions relatives à l'examen de l'appareil pulmonaire, qu'en dehors d'elle l'erreur est presque nécessaire ». Disons tout de suite que nous n'avons que rarement trouvé normaux les deux autres éléments de ce que Grancher appelle l'association physiologique, ou schème de l'état normal.

Quatorze de nos soixante-cinq femmes présentaient, avec l'atténuation du murmure, une légère diminution du son sous la clavicule droite; et chez toutes celles où la palpation permettait d'enregistrer des vibrations, nous les avons trouvées manifestement *plus fortes à droite* qu'à gauche. Or, l'opinion couramment admise en France, étant que le son de percussion et le frémissement vocal, comme le murmure vésiculaire, du reste, sont chez les sujets sains égaux aux deux sommets de la poitrine, quelle interprétation devons-nous donner de ces faits? Nous avons recherché quelle était l'opinion des auteurs relativement aux résultats fournis par la percussion.

Lasègue et Grancher ⁽¹⁾ n'admettent pas de différences entre les deux côtés, aux sommets, soit en avant soit en arrière : « A gauche, la note de percussion et la quantité de sonorité sont les mêmes qu'à droite dans les régions supérieures clavicule et sous-clavicule ». Mais Walshe ⁽²⁾ et Eichhorst professent une opinion contraire. Le premier écrit que

(1) Lasègue et Grancher. Technique de la palpation et de la percussion, 1882.

(2) Walshe. — Traité clinique des maladies de la poitrine, 1870. — Clinical lectures in Lancet, 24 febr. 1849.

la région sous-claviculaire droite est moins sonore que la gauche chez un certain nombre de personnes dont les poumons sont parfaitement sains. Il ajoute : « Cette particularité est parfaitement étrangère à l'excès de substance musculaire sur le côté droit et dépend de certaines conditions qui, jusqu'à présent, n'ont pas été éclaircies. Mais sa réalité est tellement hors de question, que je n'attache aucune signification absolue à un léger manque de résonnance sous la clavicule droite ». Eichhorst (1) n'est pas moins catégorique sur l'existence du fait, mais il le rattacherait volontiers au développement plus accentué des muscles thoraciques du côté droit, ayant trouvé cette différence surtout marquée chez les ouvriers.

Nous ne pensons pas que cette dernière cause puisse être invoquée pour expliquer la diminution de la sonorité présentée par nos malades, mais d'accord avec M. Moncorgé, nous croyons qu'elle relève de la même cause que la faiblesse du murmure respiratoire, d'un léger tassement de la couche superficielle du parenchyme pulmonaire, conséquence d'inspirations habituellement hypo-normales. Cette hypothèse pourrait justifier les réserves de Walshe.

Au sujet de l'exagération des vibrations au sommet droit sous la clavicule, les auteurs sont unanimes à reconnaître que c'est là un fait habituel. Ainsi pensent Walshe, Woillez, Lasègue, Grancher, Eichhorst.

(1) Eichhorst, loc. cit.

En somme, pour résumer la symptomatologie de la respiration faible unilatérale liée au décubitus, nous pouvons établir le schème suivant :

Son..... = ou --
Vibrations..... +
Respiration..... —

qui exprime, par comparaison avec le côté gauche normal, l'état de la région sous-claviculaire droite.

Pronostic. — La respiration faible non pathologique s'atténue et disparaît assez facilement si la personne qui la présente consent à en supprimer la cause en modifiant son décubitus, et à se soumettre à une bonne hygiène respiratoire, aidée par la pratique de la gymnastique pulmonaire.

Diagnostic de la respiration faible unilatérale liée au décubitus. — Nous abordons ici un des points les plus importants de notre étude. Les caractères que nous avons vu appartenir en propre à la respiration faible non pathologique vont nous permettre d'en établir le diagnostic avec certaines altérations du parenchyme pulmonaire ou de la plèvre, qui ne se trahissent que par une respiration anormale faible.

Nous nous bornerons à rappeler que certaines affections douloureuses de la plèvre ou des parois thoraciques, la pleurite douloureuse, la pleurodynie, la névralgie intercostale, peuvent provoquer un ralentissement morbide des mouvements respiratoires d'un côté, et engendrer par ce mécanisme une atténuation unilatérale du murmure vésiculaire. De même, dans certains cas très rares, la paralysie unilatérale des muscles thoraciques proprement dit, peut donner

lieu à cette même diminution du bruit respiratoire. Dans ces différentes circonstances il ne sera pas difficile de rapporter le trouble de la respiration à sa cause véritable.

Mais il n'en sera pas toujours de même lorsque chez une chlorotique, par exemple, il faudra différencier l'obscurité sous-claviculaire liée au décubitus, d'un affaiblissement du murmure symptomatique d'un début de tuberculose.

En effet, on admet généralement avec Grancher, que dans certaines circonstances, l'une quelconque des respirations anormales, la respiration faible par conséquent, seule, sans accompagnement de bronchophonie, de matité, de craquements, peut suffire à faire faire le diagnostic de tuberculose pulmonaire, surtout si elle est localisée à un sommet.

En pareil cas, les éléments du diagnostic consistent, indépendamment de la recherche des symptômes généraux, fièvre, amaigrissement, etc., et de celle du bacille de Koch, sur lesquelles nous n'avons pas à insister, dans l'absence des signes stéthoscopiques propres à l'infiltration bacillaire, et dans la mise en évidence des caractères spécifiques de la faiblesse respiratoire simple.

C'est moins la respiration faible que la respiration rude qui caractérise le début de la tuberculose pulmonaire. Grancher est très explicite sur ce point ; il attache la plus grande signification diagnostique à l'inspiration rude et basse qui doit être en outre localisée et fixe.

« Parmi les altérations du murmure vésiculaire,

dit-il, celle de la douceur, du moelleux physiologique est la plus précoce et par conséquent la plus importante. » Après la respiration rude, il signale par ordre d'importance la respiration saccadée. En troisième lieu seulement vient la respiration affaiblie, au sujet de laquelle il écrit : « Elle est encore plus tardive dans son apparition que la respiration saccadée ; lorsqu'on la constate chez un malade le moment n'est pas éloigné où apparaîtront les craquements secs et la submatité. Son importance comme élément de diagnostic est donc considérable parce qu'elle indique déjà l'existence de lésions assez avancées. » Ainsi la faiblesse respiratoire de nature tuberculeuse est caractérisée : par ce fait qu'elle a été précédée déjà depuis longtemps par la respiration rude, qui ne peut pas à ce degré ne pas laisser des traces sensibles de son existence ; par sa fixité à un sommet, qui le plus souvent est le gauche (Grancher, Marfan) ; par l'apparition prochaine de signes adventices, tels que craquements ou crépitations pleurales.

Au contraire la faiblesse dite « physiologique » par M. Moncorgé, se distingue par sa douceur, toutes les qualités du murmure vésiculaire y sont conservées, la quantité de son, seule, est modifiée. Progressivement et souvent assez rapidement on note le retour progressif de la respiration atténuée, à la normale, sous l'influence de la gymnastique thoracique. De plus elle siège presque exclusivement à droite, et la cause productrice n'est pas difficile à mettre en évidence.

La faiblesse non pathologique s'accompagne parfois d'une légère diminution de la sonorité de la région sous-claviculaire droite, mais en pareil cas il n'y a pas d'altération de l'élasticité, tandis que d'après G. Sée (1), dans la période latente de la phtisie, la percussion au même point fournit un son tympanique sourd avec élévation du ton et perte de l'élasticité de la paroi.

Tout récemment encore on a signalé, comme étant un signe de valeur pour révéler la tuberculose au début, l'inégalité de hauteur des deux sommets du poumon recherchée par la percussion.

Malgré l'opinion de Braune et de Stahel, rapportée par M. Testut (2) que le sommet du poumon droit anatomiquement, dépasse celui du poumon gauche de un centimètre en moyenne, on admet avec Eichhorst (3) que cliniquement, la sonorité pulmonaire à l'extrême sommet dans le voisinage de la nuque, sur les parties latérales de la base du cou, au niveau de la proéminente, s'arrête à la même hauteur des deux côtés. Si donc on constate une inégalité de hauteur des sommets pulmonaires on pourra admettre que ce phénomène est pathologique et relève d'un certain degré d'atrophie causé par la phtisie pulmonaire. C'est à Seitz que revient le mérite de cette constatation « dont l'importance est d'autant plus considérable, dit-il, que souvent l'iné-

(1) G. Sée. De la phtisie bacillaire des poumons. 1884.

(2) Testut, éd. 94, t. III, p. 755.

(3) Eichhorst loc. citat.

galité est déjà très accusée, alors que la percussion ne révèle encore aucun indice.» Nous n'avons jamais pu mettre en évidence chez nos malades une semblable inégalité de hauteur des sommets.

Enfin, on a insisté de nouveau dernièrement ⁽¹⁾ sur la transsonance thoracique ou plessimétrique, méthode d'examen des régions claviculaires signalée autrefois par Guéneau de Mussy ⁽²⁾, et à laquelle on attribuerait une valeur réelle dans le diagnostic de la phtisie pulmonaire au début. La recherche méthodique de ce signe chez nos malades nous a montré qu'il faisait toujours défaut.

Nous n'avons non plus jamais trouvé le souffle de la sous-clavière, symptomatique d'une induration du sommet sous-jacent, et sur la valeur duquel insistait le professeur B. Teissier.

Au fond ces caractères sont assez tranchés pour qu'il soit possible dans les cas simples, de rapporter sans trop de difficultés, la faiblesse respiratoire unilatérale à sa véritable cause. Mais on peut concevoir la possibilité de cas plus complexes; lorsque par exemple on rencontre un malade droitier du sommeil, présentant, avec une diminution notable du murmure vésiculaire au sommet droit, quelques signes rationnels de tuberculose. En pareil cas si l'on est contraint de formuler un diagnostic immédiat, on devra établir son opinion d'après la valeur

(1) Larcher. De la transsonance thoracique, sa valeur dans le diagnostic de la phtisie pulmonaire au début, thèse de Paris. 1895.

(2) Guéneau de Mussy. in France médicale 1875, et in Union médicale 1876.

qualitative de l'inspiration. Ou bien, si on en a le loisir, le plus sage, est d'attendre avant de se prononcer ; on soumettra le malade au traitement rationnel de la faiblesse respiratoire simple et si celle-ci est seule en cause, on ne tardera pas à voir disparaître tout symptôme anormal ; que si au contraire une cause pathologique existait, elle deviendra palpable, par la perception de ses caractères propres ainsi isolés.

L'emphysème vésiculaire localisé à un sommet de de la poitrine, peut présenter quelques points de ressemblance avec la respiration faible que nous étudions. Il peut engendrer une simple atténuation du murmure sans altération bien manifeste de ses qualités, au début du moins, parce que, bien établi, il se caractérise suffisamment par le caractère humé de l'inspiration suivie d'une expiration prolongée.

L'emphysème détermine souvent aussi, et surtout chez les adolescents, d'après Golescéanu (1), une perte graduelle des mouvements des parois de la poitrine, qui coïncidant avec une diminution de la respiration chez un sujet droitier du sommeil, pourrait donner le change sur l'origine de ces altérations. Mais l'emphysème localisé d'un seul côté, peut être considéré comme une rareté, et de plus son point d'apparition le plus fréquent est sous la clavicule gauche.

Parmi les altérations de la plèvre qui peuvent ne

(1) Golescéanu. Essai sur l'emphysème pulmonaire des adolescents, thèse Paris, 1894.

se traduire que par une respiration anormale faible, il faut citer la symphyse pleurale partielle ou totale sans épaissement de la plèvre. Les signes qui dans ce cas permettront d'établir le diagnostic sont : outre la recherche par les anamnétiques des accidents pulmonaires antérieurs, cause de la symphyse, la constatation de ce phénomène que Grancher appelle la « respiration discordante », c'est-à-dire, une disproportion manifeste entre l'étendue de l'incursion thoracique et la force du murmure, et l'absence des circonstances étiologiques de la respiration faible liée au décubitus.

La compression bronchique par des ganglions hypertrophiés du fait de la tuberculose ou consécutivement à une maladie infectueuse passagère, telle que la grippe, peut produire un affaiblissement plus ou moins accusé de la respiration d'une partie d'un poumon et notamment d'un sommet. Guéneau de Mussy ⁽¹⁾ a noté en pareil cas la respiration faible dans tout un côté. Mais alors on observe une diminution très notable et même l'abolition complète des vibrations vocales, que nous avons au contraire toujours trouvées exagérées manifestement chez nos malades. En outre, dans son schème de compression bronchique, Grancher ⁽²⁾ fait figurer, avec la diminution de la

(1) Guéneau de Mussy. Cliniques médicales, 1874, t. I. p. 438.

(2) Grancher. Rapport du tympanisme sous-claviculaire, etc. Société médicale des hôp. de Paris, 1882.

respiration et des vibrations, une exaltation du son de percussion allant parfois jusqu'au tympanisme.

Telles sont les principales affections dont le diagnostic peut se discuter en présence d'un cas de respiration faible unilatérale liée au décubitus.

CHAPITRE IV

P A T H O G É N I E

Nous avons expliqué dans un chapitre précédent quelles étaient les raisons qui nous faisaient rejeter absolument, le qualificatif de physiologique appliqué à la respiration faible unilatérale liée au décubitus. Nous avons dit que cette respiration était en réalité une respiration anormale.

Les auteurs qui ont écrit que le murmure vésiculaire était naturellement plus faible à droite sous la clavicule, ont été trompés par l'ignorance même, où ils étaient, de la cause de ce phénomène. Mais n'est-ce pas simplement se payer de mots que de taxer de physiologique un signe que l'on constate sans pouvoir l'expliquer ? Démontrer, au contraire,

que ce même phénomène est soumis à une condition nettement déterminée, c'est expliquer les divergences antérieures, résultats d'observations en milieux dissemblables, et contribuer aussi à la solution d'un problème dont l'importance prime encore les difficultés. C'est cette démonstration que nous allons tenter maintenant.

Dans l'examen de nos deux cent quarante-trois malades nous avons procédé méthodiquement, notant à mesure, dans des tableaux imprimés, c'est-à-dire en les classant, les renseignements à nous fournis par l'étude de l'état général et par celle plus minutieuse de l'appareil pulmonaire. Nous avons déjà dit que tous les malades présentant actuellement, ou dans leurs antécédents, des lésions pulmonaires, avaient été soigneusement éliminés.

En consultant ces tableaux, qui constituent le fond même de notre travail, nous n'avons trouvé qu'un élément, qui, par sa constance, puisse intervenir dans la production du phénomène, objet de nos recherches; c'est le mode de décubitus adopté par nos malades. (Voir tableau n° 5, page 61).

On distingue quatre modes dans la position physiologique du sommeil ou position horizontale, le mode dorsal, le mode latéral subdivisé en droit et gauche, enfin le mode indifférent; le mode abdominal n'existe pas en réalité, il n'est que l'expression très accusée de l'un des modes latéraux. Chez nos soixante-cinq malades à respiration faible, le mode latéral droit existait cinquante-sept fois. Chez les huit autres nous avons noté le mode dorsal deux

fois, l'indifférent trois fois, le latéral gauche trois fois aussi. Soit une proportion de décubitus latéral

DÉCUBITUS

adopté par ceux de nos malades qui présentaient
une respiration faible

Feuilles	Latéral droit	Indifférent	Latéral gauche	Dorsal
I	6		1	
II	5	1		
III	5		1	
IV	7	1		
V	8			
VI	7		1	2
VII	5			
VIII	3			
IX	4			
X	7	1		
	57	3	3	2 = 65
	87,7 %			

TABLEAU N° 5

droit de 87,7 %. Ce chiffre ne représente pas la constance, désirable pour tout élément dont on veut faire une cause pathogénique, mais néanmoins son importance mérite de faire prendre en sérieuse considération un facteur dont il exprime la haute fréquence.

M. Moncorgé l'avait constamment rencontré chez

ses malades, et les huit exceptions que nous avons notées ne sauraient infirmer ses conclusions.

Par quel mécanisme la position latérale droite, systématiquement adoptée pendant le sommeil, peut-elle engendrer un affaiblissement du murmure vésiculaire? C'est assurément par la gêne de l'expansion pulmonaire, qui résulte de la compression dont une moitié du thorax est le siège, dans ce mode de décubitus. « Diverses positions qui, écrit Walshe ⁽¹⁾, entravent l'action d'une partie du thorax, altèrent le mécanisme respiratoire en obligeant d'autres points à une activité supplémentaire. Dans l'état ordinaire de la respiration, un homme étant couché sur un côté, on voit les côtes opposées se mouvoir avec plus d'énergie. »

On comprend aisément que la compression prolongée ou répétée puisse amener une gêne dans le fonctionnement d'un organe, comme le pōumon, contenu dans une cage dont toutes les parties constituant les parois jouissent d'une mobilité assez étendue. Laennec ⁽²⁾, d'après Eichhorst ⁽³⁾ avait remarqué que chez les personnes qui portaient des corsets étroits on percevait, au niveau des parties supérieures des pōumons, de la respiration puérile.

Pourquoi la compression exercée pendant le sommeil, c'est-à-dire, comme le fait remarquer M. Mon-

(1) Walshe, Traité clinique des maladies de la poitrine, 3^e ed. trad. Fonsagrives, 1870.

(2) Laennec, Traité de l'auscultation médiate, 1879. Paris.

(3) Eichhorst, Loc. cit.

corgé, pendant huit heures sur vingt-quatre, soit le tiers du jour et finalement le tiers de l'existence, ne pourrait-elle pas produire une paresse, une demi-inertie fonctionnelle des muscles respirateurs, et par suite, une atténuation du murmure vésiculaire?

Mosso prétend que le sommeil diminue le mouvement inspiratoire du diaphragme et augmente, au contraire, la respiration thoracique proprement dite; or, c'est précisément celle qui prédomine au sommet et qui est la plus entravée par le décubitus latéral, dont le résultat est non seulement de comprimer la face externe des côtes, mais aussi d'immobiliser le sommet de la poitrine par l'intermédiaire de l'épaule.

Il est aisé de se rendre compte sur soi-même de cet effet du décubitus latéral.

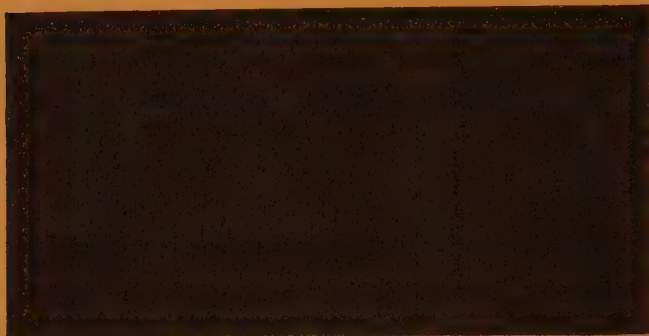
Le passage du décubitus dorsal au décubitus latéral droit détermine une diminution d'environ deux centimètres du périmètre supérieur de la poitrine ou périmètre sous-omoplate-sus-mammaire.

Nous avons cherché à rendre visibles, à l'aide de graphiques, les modifications de l'expansion thoracique liées au décubitus latéral.

Les tracés ci-contre, recueillis sur une femme adulte moyennement constituée, à l'aide du pneumographe à courbes redressées, imaginé par M. Guinard, montrent bien qu'il existe une différence dans la dilatation totale de la cage thoracique, suivant que le sujet est couché sur le dos ou sur le côté droit. Le tracé supérieur représente la courbe respiratoire normale recueillie la malade étant sur le dos et

l'appareil appliqué au niveau de la région moyenne du sternum.

Le passage de cette position à l'autre traduit la diminution de volume de la poitrine par un relâche-



ment assez notable, évalué à deux centimètres, de la sangle du pneumographe. Il est donc nécessaire dans cette seconde position de resserrer les liens et, pour ne pas effectuer une striction plus considérable que la première fois, il faut que la sangle présente une échelle centimétrique qui permette de régler la compression exercée par l'appareil.

Le tracé inférieur représente la courbe recueillie dans la position latérale droite, le bras étant ramené en écharpe sur la région sous-claviculaire. La position du bras ne nous a, du reste, pas paru modifier sensiblement les courbes. Un simple coup d'œil comparatif jeté sur ces deux tracés permet de constater une notable différence d'amplitude, de plus, le tracé inférieur dénote une gêne de l'inspiration avec chute plus brusque de l'expiration.

Nous avons recherché quel pouvait être l'effet sur

le thorax de nos malades de l'habitude du décubitus droit. Nous pensions que la compression, habituelle pendant la nuit, de l'hémithorax droit, se traduirait par des différences en faveur du côté gauche dans les différentes mensurations de l'hémi-périmètre, du diamètre sommital vertébro-sous-claviculaire, de la dilatabilité et de la compressibilité hémilatérale. Or, ces différentes recherches ne nous ont pas donné de résultats probants; elles sont très minutieuses et exigent de la part des malades une bonne volonté qui souvent se lasse plus vite que l'opérateur.

Nos recherches sur l'hémi-périmètre ont été faites avec le cyrtomètre très ingénieux et très pratique de M. Mollard, de Lyon.

Nous avons constamment trouvé le côté droit, mesuré au niveau de la circonférence sous-omoplatosus-mammaire, plus développé que le gauche. On sait que c'est la règle.

Pour apprécier le développement de la poitrine aux sommets, nous avons recherché, suivant le principe indiqué par Woillez⁽¹⁾, dans quel rapport se trouvaient chez nos malades les dimensions des diamètres latéraux mesurés, à l'aide du compas d'épaisseur, d'un point postérieur fixe, l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre dorsale, à deux points symétriques de la partie externe des clavicules. Ce diamètre est perpendiculaire à la surface du sommet de la poitrine.

(1) Woillez. Loc. cit.

Nos recherches ne nous ont pas fait constater de prédominance du diamètre gauche sur le droit. Pour ce qui est de la mesure, de l'excursion de l'hémi-thorax, qui renseigne sur sa dilatibilité, et de celle de son élasticité, les chiffres que nous avons trouvés étaient normaux.

Nous avons voulu également évaluer comparative-ment l'expansion ou ampliation des deux sommets de la poitrine. Nous avons fait construire à cet effet une longue pince dont les branches fenêtrées portaient deux tambours enregistreurs de Marcy mobiles, et qu'il était, par suite, possible d'appliquer sur des régions absolument symétriques.

Les ampoules des tambours étaient mises en communication par des tubes de caoutchouc, avec les deux tambours enregistreurs d'un polygraphe. Là encore, les résultats n'ont pas répondu à notre attente. Il s'agissait d'enregistrer des modifications minimes, que la moindre cause d'erreur pouvait dénaturer, aussi nous sommes-nous heurtés à des difficultés pratiques que nous avons vite jugées insurmontables, à l'aide de notre instrumentation du moins. Semblable recherche avait déjà été entreprise avec des instruments spéciaux par Sibs, Ransomme et Haenisch. Le premier, avec son thoracomètre, a démontré que la dilatation du côté droit de la poitrine était supérieure à celle du côté gauche.

Les recherches de Arthur Ransomme (1) ont porté

(1) Arthur Ransomme. On stethometry-London 1876.

sur des femmes; il a constaté chez elles que les mouvements du côté gauche l'emportaient sur ceux du côté droit. Cette constatation viendrait à l'appui de notre thèse. Muni de l'appareil de Haenisch, peut-être serions-nous arrivés au même résultat; cet appareil sert à mesurer la dilatabilité des sommets des poumons avec une grande précision.

Le stéthographe double de Riegel ⁽¹⁾ peut servir au même usage. Enfin, tout récemment, MM. Roger et Gilbert ⁽²⁾ ont présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris un nouvel instrument pour la stéthographie bilatérale. Avec ce matériel perfectionné, nous ne doutons pas qu'on ne parvienne à mettre en évidence les dissemblances d'expansion thoraciques si faibles soient-elles; or, celles qui résultent de l'habitude du décubitus latéral droit sont assez marquées pour que nous ayons pu les apprécier simplement à la main chez plusieurs de nos malades.

D'ailleurs Guttman ⁽³⁾ déclare que ce dernier procédé est encore le meilleur même quand la différence est faible.

Malgré l'inutilité de nos efforts, pour rendre visible la cause de la faiblesse respiratoire perçue par l'oreille, nous ne croyons pas que l'on puisse mettre en doute la pathogénie que nous lui attribuons. En effet, comment pourrait-elle s'expliquer autrement? Vou-

(1) Franz Riegel. Die Athembewegungen. Wurzburg, 1873.

(2) Roger et Gilbert. Semaine médicale, 1896, p. 204.

(3) Guttman. Loc. cit.

drait-on lui attribuer une cause pathologique qu'on ne pourrait guère accuser que trois affections : la tuberculose, une compression bronchique légère, une congestion de nature indéterminée ou d'origine arthritique ? Nous avons discuté à sa place le diagnostic différentiel de la faiblesse respiratoire engendrée par ces maladies. Nous nous bornerons ici à faire remarquer, pour la tuberculose d'abord, que nos malades ont été suivies pendant plusieurs mois ; que durant ce temps leur état général s'est maintenu excellent, sans perte de poids, sans fièvre. De plus, la nature même des affections qu'elles présentaient, chlorose, hystérie, nous est une garantie contre la tuberculose. En effet, nous avons vu que pour Hayem ⁽¹⁾ les chlorotiques ne deviendraient jamais tuberculeuses ; Luzet ⁽²⁾ partage cette opinion ; nous la trouvons soutenue aussi dans les thèses de Léoncini ⁽³⁾ et de Lamassou ⁽⁴⁾, la première reflétant les idées sur ce sujet de Tapret. « La corrélation qu'on a voulu démontrer entre la scrofule et la chlorose, écrit Lamassou, n'existe pas en réalité ». L'hystérie constitue un mauvais terrain pour la germination des tubercules suivant Pidoux ⁽⁵⁾ et Leudet ⁽⁶⁾. Ce dernier s'exprime ainsi : « Je suis donc autorisé à

(1) Hayem. Du sang et de ses altérations anatomiques. Paris, 1889.

(2) Luzet. La chlorose. Bibliothèque médicale. Charcot-Debove, 1892.

(3) Léoncini. Th. Paris, 93.

(4) Lamassou. Contribution à l'étude des rapports de la chlorose et de la tuberculose. Thèse de Bordeaux, 1894.

(5) Pidoux. In études générales et pratiques sur la phtisie, 1873.

(6) Leudet. De la tuberculose pulmonaire chez les hystériques. In-8°, Paris, 1878.

dire que la phtisie n'est pas commune chez les hystériques et que la névrose ne constitue pas une prédisposition de la lésion organique des poumons. »

Plus récemment la même opinion a été défendue dans la thèse de Largaud (1).

A l'hypothèse d'une sclérose du sommet, vestige d'anciennes lésions tuberculeuses ou témoignage d'une manifestation de la diathèse arthritique, on peut répondre en demandant pourquoi cette lésion s'observerait toujours à droite tandis que le sommet gauche est le lieu de prédilection des tubercules.

La même objection peut s'adresser à l'hypothèse d'une compression bronchique qui en outre, comme nous l'avons vu, ne donnerait pas naissance à une faiblesse respiratoire isolée de tout autre signe pathologique.

On a pu se demander pourquoi la chlorose et l'hystérie constituaient une prédisposition à la respiration faible unilatérale non pathologique.

Léoncini, pour expliquer la respiration faible qu'il étudie chez les chlorotiques, invoque deux causes : une activité fonctionnelle insuffisante, probablement due à la pauvreté du sang en globules et en hémoglobine, et des troubles, dans la régularité de l'amplication thoracique, dus à la faiblesse musculaire et aux désordres de l'innervation. Nous admettons volontiers que ces facteurs puissent jouer un rôle dans la production de la respiration faible, mais nous

(1) Largaud. De l'influence de l'hystérie sur la phtisie pulmonaire. Thèse Montpellier, 1882.

croyons qu'ils ne constituent qu'une prédisposition et que l'influence du décubitus est prépondérante. Les mêmes considérations sur les troubles de l'innervation peuvent s'appliquer aux hystériques, chez lesquelles, le rôle du décubitus pendant le sommeil, paraît d'autant plus prépondérant qu'il s'effectue assez souvent d'après nos remarques, sur le côté où siège l'anesthésie ; or Duchenne ⁽¹⁾, et après lui Briquet ⁽²⁾ et Janet ⁽³⁾ ont insisté sur ce fait que souvent les hystériques anesthésiques ne peuvent pas remuer pendant la nuit, elles comprimeraient donc leur thorax d'une façon plus particulièrement constante.

Deux points de la pathogénie de l'atténuation du murmure vésiculaire méritent encore d'être éclaircis : pourquoi se rencontre-t-elle avec une bien plus grande fréquence chez la femme ? et pourquoi exclusivement à droite ?

La respiration de la femme est presque exclusivement thoracique et les parties les plus mobiles de sa poitrine, d'après Walshe, étant les clavicules et les régions sous-claviculaires, on s'explique, en tenant compte des observations de Mosso et des nôtres, sur l'influence du sommeil et sur le point le plus gêné par le décubitus latéral, on s'explique, dis-je, que les troubles respiratoires soient plus fréquents et plus accusés chez elle que chez l'homme, dont le diaphragme joue un rôle prépondérant. De plus,

(1) Duchenne. In *Electrisation localisée*, 1872.

(2) Briquet *Traité de l'hystérie*, 1859.

(3) Janet. *Etat mental des hystériques*. — *Les stigmates mentaux*. Bibl. Charcot. Debove, 1892.

suivant les remarques de M. Moncorgé, le poumon droit est constamment comprimé chez la femme, de jour par le corset, de nuit par le poids du corps, et en raison de ses occupations plus sédentaires, elle peut moins pendant le jour, compenser par des mouvements énergiques la faiblesse de respiration contractée pendant la nuit. Enfin la chlorose et le nervosisme dont nous avons signalé l'influence sont plus rares chez l'homme.

Dans la presque totalité des cas, c'est à droite que l'on trouve la respiration faible non pathologique. La cause en est dans la fréquence générale beaucoup plus grande de ce mode de décubitus latéral, opposé au mode gauche, et cela en raison de la situation du cœur. Chez les névropathes surtout sujettes aux palpitations, le coucher sur le côté du cœur est exceptionnel. Toutefois nous rapportons un cas d'atténuation du murmure à gauche, justifié par le décubitus. Il s'agissait en l'espèce d'une jeune chlorotique, dont la sœur également chlorotique présentait aussi une respiration faible, mais à droite. Cette dernière seule fut examinée par nous; interrogée sur son décubitus elle nous apprit qu'elle couchait habituellement et depuis fort longtemps dans le même lit que sa sœur et que toujours elles se tournaient le dos, elle dormait sur le côté droit et sa voisine sur le côté gauche.

L'observation de cette dernière malade nous a été communiquée, et bien que nous n'ayons pu l'examiner nous-même, il nous a paru intéressant de la rapporter.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Hygiène de la Respiration

Les avantages physiologiques qui résultent de la possession d'une ample et facile respiration sont tellement évidents, qu'il est superflu de les décrire ici. C'est autour de cette fonction que gravitent en quelque sorte tous les actes de la vie organique, il faut donc veiller à ce qu'aucune lésion, si minime fût-elle, ne vienne en entamer l'intégrité. Il est certain qu'une insuffisance habituelle de la respiration et de l'hématose qui en est la suite, peut déterminer à la longue des inconvénients sérieux, au premier rang desquels il convient de placer la possibilité d'une infection tuberculeuse.

Barth ⁽¹⁾ disait : « La substance tuberculeuse se dépose à la suite de l'action imparfaite de la fonction respiratoire, » et G. Lagneau ⁽²⁾ indiquait que « pour prévenir le développement de la tuberculose pulmonaire chez l'homme, il fallait non seulement un renouvellement constant de l'air ambiant, mais aussi, que par suite d'occupations actives, cet air, largement inspiré, pénètre profondément les vésicules pulmonaires. » Peter ⁽³⁾ enfin place au premier rang de l'étiologie de la phthisie l'insuffisance habituelle de la respiration.

Ces raisons sont suffisantes pour justifier la nécessité de traiter la respiration faible liée au débilitéus.

Dally ⁽⁴⁾ a fait connaître les éléments d'une bonne hygiène respiratoire.

La respiration normale est nasale, du moins pour ce qui est de l'inspiration, et c'est l'inspiration nasale qui doit être recommandée aux malades. Par cette voie, non seulement l'air pénètre d'un cours plus régulier, se réchauffe, se dépouille des poussières atmosphériques tenues en suspension, mais aussi distend plus complètement les poumons ; sa pénétration est plus lente et « la prolongation même de l'inspiration nasale est une condition favorable au

(1) Barth, Loc. Cit.

(2) G. Lagneau. — Annales d'hygiène, 1878.

(3) Peter. — Cliniques médicales.

(4) Dally. — De l'exercice méthodique de la respiration, in Bulletin de thérapeutique, 1881.

fonctionnement de la plus grande portion possible des vésicules pulmonaires ».

Il n'y a, en réalité, qu'un seul type respiratoire normal chez l'homme, c'est le type costo-supérieur ou claviculaire; mais trop souvent il est remplacé par le type costo-inférieur et diaphragmatique, qui pourrait presque être considéré comme pathologique.

Chez nos malades, il en est ainsi, du fait de leur habitude regrettable de dormir sur le côté droit, aussi doit-on chercher à rendre à la partie supérieure de leur poitrine tout le jeu qu'elle devrait avoir. Cela est d'autant plus nécessaire, que leur respiration offre dans cette région un amoindrissement plus considérable.

L'inspiration costo-supérieure s'accomplit par l'élévation des côtes et par l'aplatissement du diaphragme. Ce dernier phénomène ne peut se réaliser que si les insertions costales et vertébrales du muscle sont fixées; or, pour obtenir l'immobilisation des vertèbres dorsales, il faut limiter leur champ d'excursion en avant, c'est-à-dire exécuter un redressement de la courbure sacro-lombaire; de convexe en avant, il faut rendre la colonne aussi rectiligne que possible et la maintenir dans cette attitude. C'est ce que l'on obtient par la contraction simultanée des muscles de l'abdomen, qui seule redresse la courbure dorso lombaire. Il faut donc pour favoriser la contraction du diaphragme soulever les viscères abdominaux de façon à fixer le point d'insertion des piliers et ne pas permettre à la courbure sacro-

lomulaire de s'accroître, ce qui se produit dans la respiration dite abdominale. En même temps que l'on inspire, il sera donc de règle de contracter la paroi abdominale, on obtient ainsi un maximum d'ampliation verticale.

Pour résumer les conditions d'une bonne inspiration, on peut dire qu'il faut : inspirer par le nez, la bouche demi-close, et associer, par le redressement du tronc, la contraction des muscles de l'abdomen à l'élévation progressive des côtes.

L'expiration physiologique est passive; mais il y a intérêt à ne pas laisser la proportion d'air de résidu s'accroître, par suite de la faiblesse des fibres de Riessessen, et l'expiration profonde est un exercice actif qu'il y a lieu de recommander de temps à autre, et à plus forte raison aux sujets qui présentent une respiration anormalement faible. Du reste une expiration plus complète permet une inspiration plus large.

L'expiration et surtout l'expiration supplémentaire doit être habituellement buccale. Il n'y a aucun avantage à faire repasser par les cavités nasales un air vicié, la voie buccale est pour les produits excrémentitiels la voie la plus courte.

Le nombre des mouvements respiratoires doit être en moyenne de seize par minute. Il importe de ne pas dépasser ce chiffre.

Les inspirations rapides, qui dépassent vingt ou vingt-cinq à la minute, ont d'assez graves inconvénients; les muscles inspireurs se fatiguent beaucoup plus vite par une succession rapide de contrac-

tions que par une ample et complète action, qui laisse un temps marqué de repos aux fibres musculaires. De plus les inspirations rapides sont incomplètes.

Comme conclusion à cette étude générale sur l'hygiène de la respiration, nous allons donner une rapide description de l'attitude et des exercices les plus simples recommandés par Dally. Ils devront être prescrits aux sujets porteurs de la respiration faible liée au décubitus, car le thorax, lorsqu'il est symétrique et que la colonne n'a pas de torsion verticale, étant la partie du squelette la plus modifiable, on peut toujours espérer, chez des sujets jeunes ou adultes, le poumon étant sain, de voir : les côtes reprendre leur mobilité, les diamètres s'agrandir et une augmentation de l'amplitude des respirations en résulter.

Dally donne comme criterium d'une bonne attitude la manière dont se comporte le dos par rapport à un plan vertical fixe, soit un mur uni. « Appliqué contre ce mur, les deux omoplates doivent pouvoir le toucher par tous les points jusqu'à la limite externe des épaules. La nuque doit également être tangente au plan vertical, et par l'action simultanée du sternocloïdo-mastoïdien, le menton doit être serré au cou le bord inférieur du maxillaire presque horizontal.

Les courbures cervicales et dorso lombaires doivent être extrêmement faibles. On doit pouvoir, avec un léger effort, toucher le mur aisément, non avec le cou, mais avec les lombes. En avant, la face antérieure du thorax doit se trouver tangente au plan qui passerait par la ligne faciale antérieure, l'abdo-

men et la naissance des orteils. Au centre, le trou auditif externe, le milieu du moignon de l'épaule, l'épine iliaque antérieure et supérieure, la face postérieure de la rotule et le bord antérieur de la malléole externe, doivent se trouver dans le même plan vertical médian. De la sorte, trois plans nettement déterminés par des points singuliers du squelette ou des parties molles, fixent l'attitude verticale du tronc, dans son équilibre statique.

Ces plans sont parallèles au plan vertical qui passe par le centre de gravité, lequel se trouve placé au centre du corps de la première vertèbre lombaire.

Sur le plan médian, la portion qui se profile en avant dépasse d'un tiers la portion qui se profile en arrière. »

Il serait bon de pouvoir faire prendre, plusieurs fois par jour, et de préférence au réveil, pendant cinq à dix minutes chaque fois, cette attitude à nos malades, en leur recommandant d'effectuer, en se conformant aux règles énoncées plus haut, des inspirations lentes et des expirations actives.

On pourra leur conseiller aussi de pratiquer les deux exercices suivants, dans le but d'associer à la gymnastique pulmonaire une gymnastique thoracique apte à développer les parties supérieures de la poitrine.

1^{er} exercice. — Les deux bras et les mains étant tendus horizontalement en avant, les paumes des mains se regardant, écarter lentement les bras en même temps que l'on penche la poitrine en avant. Rester dans cette position trente secondes. Inspira-

tion nasale profonde. Retour à la position initiale. Expiration ; recommencer six fois.

Deuxième exercice : Les bras étant baissés le long du corps, les élever en avant, les doigts bien tendus, très lentement, au-dessus de la tête, paumes en avant. Inspiration profonde. Descendre lentement sur les côtés du corps, paumes en l'air, en expirant lentement jusqu'au bout.

On pourra aussi, pour instituer un traitement, s'inspirer des conclusions de Burq (1) : « Entre tous les moyens prophylactiques à conseiller contre la phtisie pulmonaire il faut, contrairement au préjugé, mettre en première ligne la gymnastique rationnelle des poumons, obtenue, suivant les cas, par des exercices appropriés de la voix, par la déclamation ou le chant, et plus particulièrement, toutes les fois que faire se peut, par le jeu d'un instrument à vent ». Ce n'est assurément pas à nos malades, observés dans les hôpitaux, que nous avons pu appliquer ces préceptes de Burq, mais ils peuvent trouver, dans la clientèle leurs indications. Il en est de même des douches chaudes, des inhalations et pulvérisations qui obligent à respirer profondément, employées par M. Moncorgé au Mont-Dore. Nous n'avions à notre disposition que des moyens thérapeutiques beaucoup plus restreints. Nous nous sommes bornés à faire pratiquer systématiquement à nos malades l'hygiène respiratoire,

(1) Burq. De la gymnastique pulmonaire. Paris. 1875.

en leur recommandant d'y ajouter au coucher, au réveil et dans la journée plusieurs fois, un exercice très simple qui consistait : le décubitus dorsal ayant été adopté, la poitrine libre de toute entrave, à incliner fortement le tronc, maintenu dans le plan horizontal, sur le côté gauche, comprimé en même temps par le bras placé en attelle dans la région sous-axillaire ; une fois réalisée cette attitude, qui facilite l'expansion du côté droit de la poitrine et surtout du sommet, nous faisions pratiquer consécutivement quinze à vingt respirations lentes et profondes. A l'aide de ces moyens simples et à la portée de tous, nous avons obtenu, chez celles de nos malades qui ont consenti à modifier leur décubitus, des résultats satisfaisants.

OBSERVATIONS

Le grand nombre de nos documents ne nous permet pas de les publier tous. Nous avons réuni dans cinq tableaux, intercalés dans le texte, les résultats les plus importants des constatations faites sur deux cent-quarante-trois malades.

Pour ce qui est des observations complètes des soixante-cinq femmes qui présentaient une respiration faible unilatérale, nous ne pouvons songer à les publier toutes intégralement, calquées sur le même modèle leur lecture n'offrirait qu'un bien médiocre intérêt.

OBSERVATION I

(recueillie dans le service de M. le professeur Teissier)

M. M..., âgée de 48 ans, entrée aux troisièmes femmes, lit n° 42, le 9 février 1896.

Diagnostic. — Rhumatisme articulaire sub-aigu.

Antécédents. — Les antécédents héréditaires ne donnent aucun renseignement, ses parents, ses frères et sœurs sont tous vivants et en bonne santé.

Rougeole à 7 ans. Les règles apparaissent à 15 ans et surviennent régulièrement depuis cette époque; pertes blanches abondantes.

Chaque année au mois d'août la malade souffre de douleurs dans les jambes, s'accompagnant de rougeur et de gonflement; elle est forcée de s'aliter pendant trois à quatre jours. Tantôt les articulations du genou et du pied étaient atteintes, tantôt la peau de la jambe était rouge et œdématisée; on constate d'ailleurs actuellement qu'elle est fortement épaissie.

A partir de la première attaque, essoufflement à la suite de l'ascension d'un escalier ou d'une marche rapide.

Néanmoins assez bon état général lui permettant de remplir sans trop de fatigues ses fonctions de domestique.

Depuis huit jours, nouvelle atteinte de rhumatisme.

Crises douloureuses à la région épigastrique, douleurs abdominales exagérées par la station debout et la marche. Le toucher rectal ne fait rien constater d'anormal dans le petit bassin. Les règles ont apparu comme de coutume.

Le genou droit est douloureux.

Aux poumons, respiration normale.

Au cœur, la pointe bat dans le cinquième espace au-dessous du mamelon. Souffle systolique se propageant dans l'aisselle et dans le dos. Dédoublement du deuxième bruit.

Au foyer pulmonaire, souffle ou bruit systolique râpeux, n'est influencé ni par la pression du stéthoscope ni par les changements de position.

Souffle dans les jugulaires à droite; souffle oculaire.

Urines pas d'albumine.

15 février. — Examen de la poitrine. Diminution de la

sonorité sous la clavicule droite; en ce même point les vibrations sont plus marquées qu'à gauche. Pas de retentissement de la voix. Atténuation marquée du murmure vésiculaire sous la clavicule droite.

En arrière l'examen comparatif des deux côtés de la poitrine ne révèle qu'une exagération des vibrations à droite par rapport à l'autre côté et seulement du sommet.

La malade se couche indifféremment sur un côté ou sur l'autre.

Le 6 mars. — Mêmes signes en avant.

Dans la fosse sus-épineuse droite la respiration est moins bien perçue qu'à gauche.

Le 12 mars. — Le diamètre vertébro sous-costal droit mesure un demi-centimètre de plus que le gauche. L'élasticité et la dilatabilité de l'hémithorax droit à la base, sont un peu supérieures à celles du côté gauche.

L'hémi-périmètre droit l'emporte d'un centimètre sur le gauche, 40,39.

La malade qui dormait tantôt à droite tantôt à gauche, repose maintenant sur le dos. Nous lui recommandons de fréquentes inspirations nasales lentes et profondes surtout au coucher et au réveil.

3 avril. — La malade va beaucoup mieux. L'atténuation du murmure à droite n'est plus appréciable.

Mai. — Plus trace de respiration faible.

OBSERVATION II.

(recueillie dans le service de M. le professeur Teissier)

J. R... âgée de 24 ans, cartonnière; entrée salle Montazet n° 11, le 20 novembre 1895.

Diagnostic. — Hystérie. — Astasie-Abasie (Hérédité névropathique).

Antécédents. — Parents vivants, sept frères ou sœurs en bonne santé, aucun d'eux ne présente d'affection nerveuse.

La mère de la malade très nerveuse est atteinte de mélancolie.

Elle-même n'a jamais eu de crises nerveuses.

Réglée à 16 ans ; depuis régulièrement. N'a jamais présenté de maladie infectieuse. A l'âge de 17 ans eut une chloro-anémie grave qui dura deux ans, et s'accompagna d'aphonie transitoire.

Pas de bronchite et jamais d'hémoptysies.

Son affection actuelle a débuté il y a trois ans à la suite d'une frayeur. Elle présente des stigmates hystériques. Placée debout elle est chancelante et ne saurait marcher sans appui ; elle a des sensations d'effondrement.

Sa démarche offre le caractère tabéto-cérébelleux.

Son état général n'a pas souffert. Rien au cœur.

Son état nerveux s'est rapidement amélioré depuis son entrée dans le service jusqu'au 25 décembre.

Depuis ce moment il est stationnaire.

Le 5 février. — On compte ses globules sanguins, 4.550.000.

Le 6 février. — Examen minutieux des poumons. On note par la percussion pratiquée sous les clavicules, une légère différence entre les deux côtés ; l'élasticité toute entière est conservée à droite mais le son est atténué, diminué par comparaison avec le côté gauche. Les vibrations sont mieux perçues à droite. La respiration est pure des deux côtés.

Pas de bruits adventices, pas de saccades. Le murmure est doux, mais beaucoup plus faible du côté droit que de l'autre. Cette même faiblesse se retrouve dans l'aisselle droite et en arrière, quoique moins accusée qu'en avant, elle est perceptible encore, par comparaison, à la base et dans les fosses épineuses.

Les vibrations sont plus marquées dans la fosse sus-épineuse droite qu'au niveau de la région symétrique gauche.

L'amplitude respiratoire évaluée à la main grossièrement paraît égale des deux côtés. Aux sommets et en arrière la sonorité pulmonaire, non altérée, commence à la même hauteur pour les deux poumons.

La transsonnance est égale à droite et à gauche.

Mensurations. — A l'aide du cyrtomètre de Mollard nous mesurons, au niveau de la circonférence supérieure de la poitrine, suivant une ligne passant au-dessus des reins et au-dessous de l'angle inférieur des omoplates, l'étendue de l'hémi-thorax droit qui est de quarante centimètres, le gauche atteint seulement trente-neuf centimètres cinq millimètres.

Les diamètres du sommet vertébraux-sous-claviculaires atteignent le gauche douze et le droit treize centimètres.

L'hémi-périmètre de la poitrine à la base égale trente-huit à droite et trente-six à gauche. La recherche de l'excursion thoracique à la base donne trente-neuf pour la moitié droite, trente-sept pour la gauche.

L'élasticité évaluée par le degré de compression maxima possible, donne trente-quatre à droite et trente-trois à gauche proportion conservée chaque côté perdant deux centimètres.

La malade est une droitnière du sommeil par habitude.

Elle consent à modifier son décubitus.

Le 22 février. — Nous essayons vainement d'enregistrer par comparaison l'expansion de chaque moitié du thorax.

La malade pratique matin et soir de lentes et profondes inspirations.

8 mars. — On constate toujours de la faiblesse respiratoire au sommet droit. En arrière il n'y a pas de différences appréciables.

24 mars. — Un tracé de la respiration recueilli avec le

pneumographe dans deux positions différentes, dorsale et latérale droite, dénote une notable différence d'ampleur de la respiration, diminuée dans le décubitus latéral droit.

Mai 1896. — La malade toujours très nerveuse est guérie de son astasie-abasie. Elle dort maintenant sur le dos. C'est à peine si par une auscultation très attentive nous parvenons à établir une différence entre le murmure des deux côtés de la poitrine sous les clavicules.

OBSERVATION III

(recueillie dans le service de M. le professeur Teissier)

Marie Pr..., âgée de 56 ans, couturière, entrée aux troisièmes femmes, le 30 octobre 1895.

Diagnostic. — Rhumatisme articulaire sub-aigü.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 81 ans, mère morte à 83 ans, sept frères ou sœurs, deux morts en très bas âge, une sœur morte à 66 ans d'une affection abdominale suite de couches, deux frères morts vers 40 à 50 ans d'accidents, un mourut à 52 ans d'un neoplasme du rectum.

Antécédents personnels. — Pas de scrofule dans l'enfance, eut sept enfants, plusieurs moururent jeunes, un de méningite, deux sont vivants et jouissent d'une bonne santé.

La malade n'a jamais été malade sérieusement.

Elle eût la grippe il y a cinq ans.

Depuis 1894 elle eut trois poussées rhumatismales.

Janvier 1896. — Depuis plus de deux mois la malade n'est plus enflée, les lésions de péricardite sont légères.

Elle ne présente aucun symptôme pulmonaire, et n'est retenue à l'hôpital que par des douleurs rhumatismales, occupant les poignets, les épaules et les hanches.

Examen de la poitrine. — La sonorité sous la clavicule droite est un peu diminuée par rapport à l'autre côté. Les

vibrations vocales sont plus marquées à droite ; le murmure vésiculaire y est plus faible qu'à gauche. Pas de bruits respiratoires anormaux ; pas de signes d'emphysème.

En arrière. — Dans la fosse sus-épineuse droite on note : l'absence de modification du son de percussion, des vibrations pas plus accusées qu'à gauche, mais une respiration plus faible qu'au niveau de la fosse sus-épineuse du côté opposé. Les caractères de la trépidation thoracique sont les mêmes des deux côtés.

Le reste du poumon droit présente le même affaiblissement du murmure vésiculaire noté au sommet et plus manifeste dans le creux sous-claviculaire que nulle part ailleurs. Autant qu'on peut en juger par la recherche grossière à l'aide de l'application des mains, le côté droit de la cage thoracique serait moins mobile que le gauche.

La malade dort systématiquement couchée sur le côté droit, les battements cardiaques rendent impossible le décubitus gauche.

Le 11 mars. — *Mensurations :* La cyrtométrie au niveau de la circonférence supérieure donne quatre centimètres en faveur du côté droit. Le pannicule adipeux de la malade est très développé. Au niveau de la circonférence inférieure le côté droit l'emporte de trois centimètres.

L'élasticité et la dilatabilité au niveau de la base sont égales des deux côtés.

Le diamètre sommital vertébro-sous-claviculaire droit est inférieur d'un demi-centimètre, au diamètre gauche, 13,5 contre 14.

Nous recommandons à la malade de dormir couchée sur le dos et de respirer physiologiquement ; inspiration nasale, expiration buccale. Au réveil elle incline le tronc à gauche et dans cette position qui facilite la dilatation de l'hémi-thorax

droit elle exécute chaque soir et matin de quinze à vingt respirations complètes et lentes.

3 avril. — La malade repose actuellement sur le dos.

La faiblesse du murmure si accusée dans la région sous-claviculaire droite il y a un mois, est beaucoup moins manifeste.

Mai. — L'égalité respiratoire entre les deux poumons est à peu près rétablie partout, sauf encore sous la clavicule droite où une très légère différence est perceptible.

Les vibrations sont toujours un peu plus marquées en avant et en arrière dans la région du sommet droit.

OBSERVATION IV

(due à l'obligeance de M. Moncorgé.)

M^{lle} B. L..., 20 ans, grande et forte fille ayant l'aspect extérieur d'une robuste santé. Aucun antécédent héréditaire.

Tousse quelquefois les hivers. Fluxion de poitrine gauche à l'âge de 9 ans. Il y a deux ans, a eu deux atteintes d'aphonie de courte durée. Au mois de février dernier, aphonie complète installée en une demi-journée à la suite d'un crachement de sang.

Depuis, les hémoptysies se sont renouvelées cinq fois, en dehors des règles, et l'aphonie a persisté au 10 juillet, jour où elle vient au Mont-Dore. A ce moment l'examen donne les renseignements suivants :

Larynx normal; les cordes vocales sont simplement hésitantes, paresseuses à s'affronter dans les essais de phonation. Je pense à de l'aphonie hystérique; je trouve en effet de l'hémi-anesthésie gauche complète, sensitive et sensorielle.

Au poumon droit, la respiration est très faible, à peine perceptible dans toute la hauteur. La percussion donne un

son légèrement obscur par rapport à gauche sous la clavicule. La palpation ne peut être consultée et pour cause.

Dort toujours à droite.

Au poumon gauche respiration ample, claire, très abondante.

Très bon état général; la malade n'a perdu ni ses forces ni son embonpoint, ni son appétit. Ne tousse, ni ne crache. Se déclare parfois essouffée.

Comme traitement, on ordonne des séances courtes d'inhalations et de pulvérisations en conseillant de respirer régulièrement et profondément.

De plus, on fait matin et soir deux séances de gymnastique pulmonaire, consistant chacune en vingt inspirations profondes, consécutives. Enfin gymnastique vocale suivant le procédé indiqué par Garel (pression choc, bi-manuelle-antéro-postérieure, brusque et rapide, au niveau de l'épigastre, pendant les tentatives de phonation).

Trois séances suffisent pour ramener la voix; la malade peut chanter. Au quatrième jour la respiration commence à s'entendre assez distinctement à droite. On ordonne alors des douches en jet chaudes de deux à trois minutes, en conseillant à M^{lle} B.... de crier pendant la douche. Au septième jour la respiration s'entend à droite aussi bien qu'à gauche, très pure, très nette dans sa qualité, bien qu'un peu hésitante, comme émotive. Rien à la palpation; le son continue à paraître un peu obscur relativement au son sous-claviculaire gauche. M^{lle} B.... a la sensation de respirer très largement. Départ du Mont-Dore le 5 août avec une voix et une respiration droite absolument normales.

« Il n'est guère possible après coup ds songer à la tuberculose dans ce cas, pourtant n'y avait-il pas lieu de se laisser impressionner au premier abord

par l'ensemble symptomatique suivant : aphonie, hémoptysies, faiblesse respiratoire et obscurité du son sous-claviculaire ? »

OBSERVATION V

(Moncorgé)

M. B..., 42 ans, médecin et en même temps homme politique, usant fréquemment de la parole. Antécédents héréditaires : asthmatiques, rhumatisants. C'est lui-même un type achevé de neuroarthritisme ou d'herpétisme (?) à manifestations successives ayant présenté les phénomènes « à bascule » les plus curieux et qu'il serait trop long d'énumérer.

Vient au Mont-Dore le 6 juillet dernier. Se plaint de son état général qui laisserait à désirer depuis quelque temps, se fatiguerait assez vite, et se sent de moins en moins à la hauteur des fatigues professionnelles obligées. S'enroue et s'enrume assez facilement depuis quelques années, les hivers.

Au larynx : région inter-aryténoïdienne chagrinée, plissée et un peu épaissie (laryngite chronique hypertrophique). Au poumon droit, inspiration un peu obscure sous la clavicule, où l'expiration semble légèrement prolongée, mais sans rudesse, sans abaissement de tonalité par rapport à gauche. Submatité légère et un peu d'exagération des vibrations. Faiblesse respiratoire assez prononcée dans l'aisselle et dans le tiers postéro-inférieur.

Dort toujours sur le côté droit. Rien à gauche.

Pas de toux, ni d'expectoration.

Sous l'influence d'inhalations, de pulvérisations et de douces thoraciques chaudes, la respiration revient rapidement à la normale. A la troisième auscultation (huit jours après l'arrivée), il y a un grand changement opéré, et je note au

départ.: respiration très nette dans l'aisselle et à la partie postérieure du poumon. L'inspiration sous-claviculaire droite s'entend comme à gauche. L'expiration y est toujours un peu prolongée. Vibration et percussion comme à l'arrivée (en l'espèce sont normales, de même que l'expiration prolongée).

« Dans ce deuxième cas au lieu de synthétiser les phénomènes et de les rapporter à une cause unique, suspecte, on a pu les dissocier et les attribuer chacun à sa cause immédiate: la laryngite, à l'abus de la parole, les signes pulmonaires à un schème normal, et les fatigues de l'état général au surmenage professionnel. »

OBSERVATION VI

(recueillie par notre ami Dumarest, interne dans le service du professeur J. Teissier)

Marie L..., 19 ans, domestique, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle des Troisièmes-Femmes, n° 40, le 10 décembre 1895.

Diagnostic : Chlorose.

Antécédents : Père mort d'une pneumonie, mère vivante en bonne santé ; une sœur bien portante, une tante rhumatisante. Pas d'affection fébrile dans l'enfance à part la coqueluche à l'âge de 4 ans.

Réglée avec une précocité anormale à l'âge de dix ans et demi ; elle l'a été ensuite d'une façon très irrégulière.

Actuellement la menstruation offre une fréquence excessive et une abondance anormale ; elle s'accompagne de vraies douleurs dans le bas ventre ; de plus la malade souffre d'une leucorrhée habituelle.

A 15 ans, elle présenta des signes d'anémie et fut traitée

pour chlorose et rhumatisme. Elle avait quelques douleurs articulaires, des maux de tête fréquents, des palpitations et de la toux sans hémoptysies ; de plus de fréquentes épistaxis.

Cet état s'améliora peu à peu, cependant elle est restée sujette aux maux de tête, tousse facilement.

Ayant habité la campagne jusqu'à cette année, elle est venue se placer à Lyon où elle se trouve depuis deux mois environ, surchargée de travail et nourrie d'une façon insuffisante

C'est depuis ce moment qu'elle a commencé à ressentir de nouveau des lassitudes, des courbatures, des maux de tête et des palpitations. Elle a en outre de l'insomnie et une anorexie constante avec prédilection pour les aliments vinaigrés.

Vertiges assez fréquents et troubles de la vue consistant en amblyopies passagères.

La malade fait remonter ces accidents à une journée où elle dût faire ses lavages ayant ses règles ; elle eut alors des frissons et de la toux qui persiste encore un peu.

Les digestions sont lentes ; pas de renvois ni de vomissements.

Constipation intense.

Actuellement : La malade présente une certaine décoloration des muqueuses, mais son embonpoint est satisfaisant et le teint assez animé. Elle offre une hypéresthésie assez marquée au niveau du rachis et se plaint de vives douleurs lombaires.

A l'auscultation des poumons on ne trouve aucune modification sensible, si ce n'est une certaine exagération du retentissement de la voix au sommet droit, dont on ne peut dire si elle dépasse les limites physiologiques.

Au cœur, dans la région méso-cardiaque et jusqu'à la base, souffle à maximum sus-apexien, doux, très léger,

mésosystolique, variable. Dédoublement à peu près constant du deuxième bruit.

Au cou, souffle continue à renforcement systolique au niveau des carotides.

On perçoit d'une façon inconstante un souffle de la sous-clavière droite.

Estomac normal, Matité hépatique normale.

Matité splénique accrue.

Léger œdème des jambes. Pas d'albumine dans les urines.

Œdèmes vaso-moteurs de la face se déployant avec facilité.

13 décembre. — Numération globulaire, 2.260.000. Globules blancs, 1/450.

Aux poumons, on note : au sommet droit les vibrations sont augmentées et la respiration est diminuée.

19 décembre. — Le son de l'artère pulmonaire est élevé. Le dédoublement est inconstant. La numération globulaire donne aujourd'hui 2.700.000.

2 janvier. — 2.530.000 globules.

20 janvier. — L'examen minutieux des poumons a donné les renseignements suivants : la percussion dénote une légère diminution (par comparaison avec le côté gauche) de la sonorité. Sous la clavicule droite, du même côté en arrière la sonorité serait plutôt accrue.

Les vibrations vocales à peine perceptibles (la couche adipeuse est développée, la malade a la voix faible) sont égales des deux côtés.

Le murmure vésiculaire normal en qualité est manifestement plus faible sous la clavicule droite que dans le reste de la poitrine en avant. Il en est de même dans les régions sus et sous-épineuses et jusqu'à la base, en arrière à

droite. La voix retentit un peu plus à droite, soit en avant, soit en arrière.

La transonnance est identique aux deux sommets.

À la vue et à la palpation, l'amplitude des mouvements respiratoires paraît égale des deux côtés.

La malade a toujours adopté pour dormir le décubitus latéral droit. Son hypéresthésie lombaire rend impossible le décubitus dorsal, et couchée sur le côté gauche, elle ressent un point.

6 février. — 2.100.000 globules. Ces derniers jours, plusieurs épistaxis abondantes coïncidant avec la période menstruelle.

Maux de tête et rougeur du visage.

15 février. — Mensurations : *Diamètre vertébro sous-claviculaire droit* = 13 centimètres. Le gauche n'atteint que 12 1/2.

La cyrtométrie au niveau de la circonférence supérieure, donne 1 centimètre en plus à droite ; à la base 1/2 centimètre seulement en faveur du côté droit.

L'élasticité de l'hémi-thorax droit est d'un demi-centimètre moindre que celle du côté gauche, sa dilabilité l'emporte de la même quantité.

13 mars. — La malade, très améliorée, elle a gagné cinq kilogrammes depuis son entrée, sort sans que nous ayons pu reprendre ses mensurations.

À l'auscultation, l'obscurité du côté droit a totalement disparu.

Cette malade était arrivée à l'hôpital avec un billet de son médecin déclarant qu'elle était atteinte de tuberculose pulmonaire. L'examen et l'interrogatoire de la malade nous ont permis de rapporter sa faiblesse respiratoire à sa vraie cause, et la marche de

sa maladie nous a donné raison, puisque rapidement, alors que son état général ne s'amendait que lentement, les signes stéthoscopiques disparurent.

OBSERVATION VII

Marie B..., 18 ans, domestique, entre dans le service du professeur Teissier, le 22 janvier 1896.

Diagnostic : *Infection grippale légère, Chlorose.*

Antécédents héréditaires : Père vivant et en bonne santé, mère morte en couches, un frère plus jeune et bien portant. *Personnellement* pas d'affection antérieure autre que la chloro-anémie ayant apparu vers l'âge de 14 ans, lors de l'établissement des règles, époque où la malade se place comme domestique. Elle n'a jamais toussé et n'est pas sujette à s'enrhumer. Les phénomènes d'anémie longtemps stationnaire, puis améliorés ont subi une recrudescence notable depuis un mois que la malade est venue se placer à Lyon.

Etat actuel : Souffle systolique dans la région médio-cardiaque, dédoublement inconstant du second bruit à la base. Souffle veineux du cou. La malade présente en outre les symptômes d'une légère infection grippale avec hyperthrophie de la rate, température peu élevée, pas de bronchite.

Le 25 février. — Un mois après son entrée dans le service, nous examinons la malade complètement rétablie.

Etat des poumons : En avant sous les clavicules, la sonorité est égale des deux côtés ; les vibrations sont plus marquées à droite et la respiration de ce côté s'entend moins bien qu'à gauche, sans modification de rythme ni de timbre.

Dans la fosse sus-épineuse droite on ne constate pas de variation du son, les vibrations sont exagérées, la respiration est diminuée.

La transsonance thoracique est égale des deux côtés.

A la base et dans la région latérale le murmure vésiculaire est également atténué du côté droit. L'ampliation thoracique appréciable à la main est diminuée.

La malade se couche et dort sur le dos, elle est très affirmative sur ce point. Toutefois priée de prendre devant nous son décubitus habituel nous constatons qu'elle comprime notablement la face droite de son thorax.

Elle ne fait pas abus du corset.

Mensuration : La cyrtométrie faite suivant le périmètre sous-omoplate sus-mammaire donne deux centimètres en faveur du côté droit.

Le 3 mars. — La malade quitte le service, guérie. Les signes pulmonaires ne sont pas modifiés.

Cette malade n'a pu être soumise au traitement par la gymnastique respiratoire.

OBSERVATION VIII

Sophie B..., 36 ans, couturière. Entrée le 24 juin 1895, salle des troisièmes femmes, lit n° 8.

Diagnostic : Rhumatisme chronique déformant.

Antécédents héréditaires : Père mort à 63 ans, mère morte à 62 ans, l'un et l'autre d'un refroidissement. Ils ne furent pas malades longtemps. Un frère mort à 7 ans d'affection indéterminée. Un frère vivant jouit d'une bonne santé.

Antécédents personnels : Rien à signaler en dehors d'une rougeole à 6 ans. Réglée à 17 ans, toujours régulièrement. Depuis l'âge de 18 ans, la malade est sujette à des poussées de rhumatisme déformant, elle n'eut jamais de violentes attaques, mais dès le début parurent des déformations qui depuis n'ont cessé de s'accuser.

Actuellement les déformations sont surtout manifestes à

la face où elles ont débuté, intéressant l'articulation temporo-maxillaire gauche ; aux mains, des deux côtés et au gros orteil du côté gauche.

Etat de la poitrine : Aucune affection de l'appareil broncho-pulmonaire. La malade s'enrhume quelquefois l'hiver, mais ces rhumes ne se prolongent pas.

Aucune déformation thoracique.

A l'examen des poumons on ne relève aucun signe pathologique consistant en bruits anormaux.

Le poumon droit dans toute son étendue respire beaucoup moins que le gauche. La malade étant couchée, c'est au sommet et en avant que l'atténuation du murmure vésiculaire est la plus manifeste. Les deux temps respiratoires ne sont pas altérés qualitativement, pas de rudesse, pas d'expiration prolongée ; le timbre du murmure vésiculaire est normal, le bruit respiratoire perçu par l'oreille est seulement plus faible. La sonorité est un peu altérée au même sommet en avant et en arrière, le son est un peu plus élevé, les résonnances moins graves. Les vibrations sont plus accusées. La transsonance n'est pas modifiée. L'ampliation thoracique paraît diminuée du côté droit. Les deux sommets des poumons atteignent la même hauteur.

La malade adopte systématiquement pendant son sommeil le décubitus latéral droit. Son avant-bras droit étant fléchi elle glisse son coude sous l'oreiller qui fait ainsi coussin entre le bras et la tête qui repose dessus. Toute la région latérale et axillaire droite de la cage thoracique repose ainsi sur le plan du lit et supporte le poids du tronc.

Mensurations : Les mensurations au niveau du périmètre supérieur donnent 1 cent. 1/2 en faveur de l'hémithorax droit. A la base, les deux côtés de la poitrine ont un développement égal.

L'élasticité et la dilatabilité sont semblables à droite et à

gauche aux bases. Aux sommets les diamètres vertébraux sous-claviculaires sont égaux.

Le 11 mars. — La malade qui a quitté le service depuis le 25 février revient en consultation au moment de la visite, nous en profitons pour l'ausculter de nouveau. Sans lui faire quitter son corset nous l'examinons debout ; la respiration est presque imperceptible au sommet droit, soit en avant, soit en arrière, tandis qu'à gauche le murmure vésiculaire est très manifeste. Le corset, qui du reste n'était pas serré, ayant été enlevé, nous avons constaté les mêmes signes au sommet droit et à la base et dans la région axillaire une diminution notable du murmure. La malade nous avoue n'avoir pas suivie nos prescriptions, elle continue de dormir à droite et ne pratique pas la dilatation active de son hémithorax droit.

OBSERVATION IX

(Moncorgé)

M^{lle} E. P..., 20 ans. Aucun antécédent héréditaire et personnel. Très nerveuse, impressionnable. (Maux de tête fréquents, insomnies, jambes de coton).

Vient au Mont-Dore le 10 juillet pour la pharyngite granuleuse. Les cordes vocales sont un peu sèches. Râclement le matin.

A l'auscultation, respiration obscure sous la clavicule droite et dans la fosse sus-épineuse droite. Tout ce poumon respire beaucoup moins bien que le poumon gauche. Rien d'anormal à la percussion et à la palpation.

Au 17 juillet, on note : la respiration s'entend mieux, est plus nette à droite. (Le traitement a été : boissons, pulvérisations, douches en jet brisé chaudes de cinq minutes, terminées par jet plein).

Au 29 juillet, départ, la respiration est entendue très nette très claire dans tout le poumon droit. Très bon état général.

OBSERVATION X

(de M. Moncorgé)

M^{me} S. ., 32 ans. Pas d'antécédents pulmonaires antérieurs.

Mère et sœur très nerveuses. Elle-même a toujours été anémique et très neurasthénique. Vient au Mont-Dore pour prendre l'air des montagnes et désire faire de l'hydrothérapie.

A l'arrivée, 11 juillet, on note : respiration obscure sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse droite. Tout ce poumon respire très mal. Percussion et palpation normales. ne tousse ni ne crache.

Hypertrophie polypoïde du cornet inférieur gauche. (Traitement : douches en pluie, puis douches en jet brisé chaudes de deux à cinq minutes).

Au départ, 30 juillet : la respiration est tout à fait normale du côté droit. Bon état général.

OBSERVATION XI

(recueillie dans le service du professeur Teissier)

Marie V..., âgée de 19 ans, employée, entrée le 30 juillet 1895, salle des Troisièmes-Femmes, lit n° 10.

Diagnostic : *Fièvre typhoïde*. Traitée par les bains froids, elle prit 88 bains. Pendant la convalescence survint une ostéopériostite du tibia droit qui fut cause de la prolongation de son séjour à l'hôpital (7 mois).

Lorsque nous vîmes la malade en février 1896, elle était

complètement rétablie et présentait les apparences d'une forte santé. Poids 60 kilogr.

Au début de sa dothienenterie les phénomènes pulmonaires avaient été très fugaces.

Antécédents héréditaires : Père mort subitement. Mère morte en couches ; deux frères morts en bas âge de convulsions probablement, deux frères bien portants.

Personnellement : la malade a toujours joui d'une assez bonne santé. Régée à 13 ans toujours régulièrement. Variole dans l'enfance. Pas d'autre maladie grave. Antécédents pulmonaires négatifs.

Examen de la poitrine :

En avant sous les clavicules, la sonorité est normale et égale des deux côtés ; les vibrations sont plus fortes du côté droit. La respiration, dont le timbre n'est pas modifié, est notablement diminuée au niveau des premiers espaces intercostaux droits ; un peu de retentissement de la voix en ce point.

En arrière au niveau des fosses sus-épineuse la sonorité et les vibrations thoraciques (faibles) sont égales des deux côtés. A l'auscultation, pas de différence manifesté entre la respiration du sommet droit et celle du sommet gauche ; pas de rudesse à droite. La percussion des clavicules donne à l'auscultation des régions scapulaires un son identique à droite et à gauche.

Les bases et les régions latérales respirent normalement. L'application des mains à plat sur les régions latérales du thorax dénote une amplitude légèrement moindre du mouvement d'expansion de la moitié droite de la poitrine.

Interrogée sur son mode de décubitus, la malade nous apprend qu'elle a toujours dormi couchée sur le côté droit, autrefois elle ne pouvait dormir autrement ; depuis l'apparition de sa périostite du tibia droit, elle dort quelquefois sur

le dos, mais revient plus volontiers à son ancien mode de décubitus. Elle n'a jamais porté de corset serré d'une façon excessive.

Le 6 Mars. — Nous examinons de nouveau la malade avant son départ. La diminution de la respiration est toujours manifeste sous la clavicule droite ; mais en arrière, où nous n'avions pas trouvé de différence trois semaines auparavant, nous notons le même affaiblissement du murmure vésiculaire dans la région sus-épineuse et à la base.

Nous lui recommandons de toujours dormir sur le dos et de pratiquer le soir au coucher et au réveil le matin quinze à 20 inspirations lentes et profondes, le corps étant maintenu horizontal et le tronc incliné à gauche.

Le 2 avril. — La malade revenant comme consultante nous en profitons pour l'examiner et nous ne trouvons pas de différence entre la respiration de ses deux sommets ni aux bases. Elle nous affirme avoir tenu compte de nos recommandations.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de M. Dumarest, internes des hôpitaux et recueillie dans le service du professeur J. Teissier)

Clémence F..., 29 ans, domestique, entrée le 22 janvier 1896, salle Montazet, n° 6.

Diagnostic. — Rétrécissement mitral congénital. Chlorose.

Antécédents héréditaires. — Parents morts de maladies inconnues de la malade ; une sœur plus jeune en bonne santé ; un autre enfant serait mort en bas âge.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans, d'une façon irrégulière et insuffisante. Elle ne se souvient pas d'avoir eu aucune maladie antérieure.

Il y a quatre ans, elle aurait eu une douleur fixe dans la

hanche gauche, qui disparut à la suite d'applications externes ; il n'y eut pas d'autre localisation articulaire ; il ne s'est jamais produit de douleurs rhumatismales nettes. La malade s'enrhumerait assez facilement, mais la toux ne prolonge pas, et ces poussées ne paraissent pas suspectes ; jamais d'hémoptysies.

Pas de chlorose dans les antécédents. La malade ne se souvient pas dans sa jeunesse d'avoir été particulièrement affectée d'essoufflement ou de palpitations.

État actuel. — Elle fait remonter le début des accidents qui l'amènent à l'hôpital, à environ deux mois. A cette époque, elle fut un peu surmenée et privée de sommeil.

Les premiers symptômes observés furent la faiblesse, l'oppression facile et surtout l'anorexie progressive ; la perte des forces et la pâleur du teint se produisaient en même temps. Cet état resta stationnaire jusqu'à ces derniers temps, ni palpitations, ni céphalalgie, ni vomissements. Faiblesses et lypothymies fréquentes.

Depuis quelques jours la malade s'est mise à tousser un peu, sans expectoration sans point de côté. Elle a eu quelques vomissements, des frissons, pas de diarrhée ni de céphalalgie. Elle ne se plaint ni de dyspnée ni de palpitations.

Le teint est pâle, les muqueuses décolorées. On constate un très léger œdème des malléoles.

État des poumons. — A l'auscultation des poumons, on ne note pas de modifications très marquées.

Pas de modifications de la sonorité sous les clavicules.

Il semble que les vibrations soient très légèrement augmentées au sommet droit, tant en avant qu'en arrière. On trouve quelques sibilances disséminées sans fixité, ni prédominance aux sommets.

En avant et à gauche, la respiration est saccadée et rythmée par les contractions cardiaques ; au *sommet droit la respiration est diminuée*. La malade se couche habituellement sur le côté droit.

État du cœur. — Rythme mitral typique. Le cœur est très hypertrophié, la pointe bat dans la sixième espace, en dehors de la ligne mamelonnaire, à ce niveau on perçoit, à une pression légère un thrill presystolique bien caractérisé. A l'auscultation roulement diastolique très intense propagé à la région précordiale. Choc intense et régulier. A la base dédoublement constant du deuxième bruit avec précésion des sygmoides aortiques. Pas de souffles.

La matité hépatique ne dépasse pas le rebord des fausses côtes et le foie n'est pas sensible.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

La malade est apyrétique.

Le 5 février. — Globules sanguins 2.400.000.

Le 14 février. — Bruit de diable très intense dans les vaisseaux du cou.

La malade depuis son entrée a gagné un kilogr.

Le 5 mars. — La malade sort très améliorée.

Nous n'avons pu nous-mêmes examiner cette malade qui n'a pas été soumise au traitement rationnel pour sa faiblesse respiratoire unilatérale indubitablement liée à son habitude de dormir à droite.

OBSERVATION XIII

(Moncorgé)

M^{lle} G..., 18 ans, sans antécédents héréditaires et personnels, accompagne son père au Mont-Dore.

Très nerveuse et ayant un peu de pharyngite chronique,

désire, pendant son séjour, prendre des pulvérisations pharyngées et faire de l'hydrothérapie.

A l'arrivée, 1^{er} septembre, je note : respiration s'entendant mal sous la clavicule et dans la fosse sus épineuse droite. Elle est encore beaucoup plus faible par rapport à gauche dans la ligne axillaire et au tiers inféro-postérieur. Percussion et palpation normales.

Au 16 septembre, départ, on relève : la respiration s'entend aussi bien à droite qu'à gauche.

OBSERVATION XIV

(Moncorgé)

M. V. G..., 17 ans. Pas d'antécédents héréditaires, laryngites et trachéites d'huier, ainsi que coryzas fréquents. Fluxion de poitrine à gauche il y a cinq ans. L'an dernier, scarlatine. Très nerveux, très impressionnable.

Vient au Mont-Dore pour ses coryzas à répétitions et pour des amygdalites faciles. Cornet inférieur droit hypertrophié; grosses amygdales, légères végétations adénoïdes.

En outre, je constate : respiration faible à droite, dans toute la hauteur, par rapport à gauche, surtout vers l'aisselle et le tiers postéro-inférieur.

Rien d'anormal à la percussion et à la palpation.

Le traitement consiste en inhalations, boissons, gargarismes, douches chaudes, et au 14 août, départ, je note : la respiration à droite est très nette, pure, ample, plus forte qu'à gauche.

OBSERVATION XV

Marie L..., 22 ans, cuisinière, entrée salle des 3^{es} f^{es}, le 12 décembre 1895.

Diagnostic : Maladie de Basedow.

Antécédents : Ses parents sont vivants et bien portants, un frère mort tuberculeux, trois autres sont vivants et en bonne santé. Personnellement elle n'a jamais eu d'affection fébrile sérieuse, pas de fièvres éruptives, elle ne tousse pas et n'a jamais eu de douleurs rhumatismales.

A l'âge de 18 ans, elle eut de l'œdème des jambes pendant un mois, il est difficile d'en préciser la cause.

Réglée à 13 ans.

Elle entre à l'hôpital pour des palpitations associées à une certaine tuméfaction du corps thyroïde et à un léger degré d'exophtalmie. Le début de ces accidents remonte au mois d'août dernier.

L'examen de la malade révèle l'existence de la plupart des signes classiques du goitre exophtalmique ; elle présente en outre, quelques troubles gastriques et des symptômes très accusés de nervosisme.

On note à son entrée, qu'il existe au sommet droit en en arrière, un peu d'augmentation des vibrations, jointe à de la diminution de la respiration.

La malade tousse un peu, mais déclare n'avoir jamais eu d'hémoptysies ; on n'observe pas de déformations thoraciques.

Le 30 décembre, la malade prend une amygdalite avec fortes températures et albuminurie.

Cette infection passagère, retentit d'une manière très-fâcheuse sur l'évolution de sa névrosé.

Le 28 janvier, la malade est dans un état voisin de la cachexie, depuis son entrée elle a perdu dix kilogr. Son amaigrissement est extrême. On constate de nouveau de l'obscurité au sommet droit en en arrière.

Le 7 février, on note une amélioration notable de l'état général. Les urines présentent toujours un peu d'albumine.

Le 15 février, l'amélioration se maintient.

Examen des poumons : Légère diminution de la sonorité au sommet droit, en avant et en arrière. Les vibrations ne sont pas exagérées, ni plus manifestes à droite. Le murmure vésiculaire est amoindri dans toute l'étendue du poumon droit surtout à la partie moyenne de la cage thoracique en arrière. Transsonnance normale. L'augmentation de la moitié droite de la poitrine ne paraît pas diminuée.

La malade dort habituellement couchée sur le côté droit.

Nous lui prescrivons l'abandon de ce décubitus et la pratique de la gymnastique pulmonaire.

Le 4 mars. — La malade prend de la vératrine depuis son entrée (12 novembre). La médication suspendue pendant son angine a été reprise le 7 février. Actuellement la malade a regagné depuis le 28 janvier, 5 kilogr.

Le 12 mars. — *Mensurations* : L'hémithorax supérieur droit l'emporte sur le gauche de 2 centimètres $1/2$.

Le diamètre somnital droit = $12 \frac{1}{2}$, le gauche = $11 \frac{1}{2}$.

L'hémithorax inférieur droit est égal au gauche 36 cent.

La dilatabilité est égale ces deux côtés 2 centim.

L'élasticité est moindre à droite 3 centimètres contre 3 à gauche.

21 mars. — La malade quitte le service dans un état très satisfaisant. L'embonpoint a repris avec l'appétit, l'exophtalmie et le goitre sont très peu apparents, les palpitations n'occasionnent plus de gêne sensible. La respiration s'entend également bien des deux côtés de la poitrine, aux sommets comme aux bases.

OBSERVATION XVI

Marie-Jeanne V..., âgée de 22 ans, domestique, entrée salle des 3^e femmes à l'Hôtel-Dieu, le 18 mars 1896.

Diagnostic : Ancien rhumatisme articulaire. Souffle cardio-pulmonaire.

Antécédents : Pas d'antécédents héréditaires.

Personnellement : 1^{re} atteinte de rhumatismes il y a un an.

C'est pour une seconde atteinte dont le début remonte à un mois qu'elle vient dans le service.

Actuellement les articulations sont peu douloureuses et la tuméfaction a disparu en partie.

Au début toutes les grandes articulations furent prises, actuellement la localisation principale est au pied gauche.

Au cœur, souffle systolique à la pointe, dédoublement inconstant du deuxième bruit à la base.

L'examen des poumons révèle les signes suivants : En avant la sonorité sous les clavicules est égale des deux côtés, les vibrations sont plus accusées à droite qu'à gauche. L'oreille directement appliquée dans la région sous-claviculaire droite y perçoit un murmure vésiculaire pur, mais très atténué par comparaison avec celui perçu à gauche dans la région symétrique. Pas de retentissement exagéré de la voix. En arrière dans les fosses sus-épineuses les vibrations sont plus fortes à droite. Le murmure est égal des deux côtés, mais plus faible qu'en avant à gauche.

La malade ne tousse pas et n'a jamais eu d'affection pulmonaire. Elle nous dit qu'elle est obligée de se coucher toujours sur le côté droit ; sur le dos elle ne dort pas, et des palpitations violentes ne lui permettent pas de se coucher sur le côté gauche.

Nous lui recommandons la pratique de la gymnastique pulmonaire que nous lui faisons exécuter devant nous.

20 mars 1896. — Les deux côtés de la poitrine au niveau de sa circonférence supérieure sont inégalement développés

mais la prédominance d'un centimètre est en faveur du côté droit.

2 avril. — Avant que la malade quitte le service nous l'auscultons. L'égalité respiratoire des deux poumons est manifeste.

OBSERVATION XVII

M. C..., 27 ans, institutrice, entrée le 28 mars 1896, salle Montazet, n° 12.

Diagnostic : Hémiplégie hystérique du côté droit.

Antécédents : Pas d'antécédents pulmonaires dans sa famille. Personnellement : jamais d'affection aiguë grave, mais elle n'est pas d'une très forte santé; leucorrhée et anémie jusqu'à l'époque de son mariage, il y a sept ans. Depuis nombreuses fausses couches, aucune grossesse à terme, Dans les anamnestiques on trouve quelques autres signes pouvant faire admettre la syphilis : maux de tête, chute des cheveux, mais la recherche d'autres stigmates est négative et la malade nie tout antécédent de cette nature.

Il y a deux ans, affection mal déterminée ayant duré un mois. Vomissements, maux de tête, amaigrissement considérable, toux, pas de paralysies.

Il y a un mois reprise d'accidents semblables : céphalalgie violente, vomissements sans état gastrique, avec conservation de l'appétit, elle aurait eu de la température.

Amélioration au bout de quelques jours, puis, brusquement, il y a quinze jours, paralysie de la jambe droite et parésie du bras droit. Pas de toux.

En quatre jours sous l'influence du traitement spécifique une amélioration très rapide se produit.

La suggestion aidant, le 3 avril le bras droit a repris

toute sa force, le lendemain elle peut détacher le talon du lit. Le 8 avril il n'y a plus de trace de paralysie, la malade marche sans appui.

Le 11 avril. — Examen des poumons. Une diminution du murmure respiratoire est manifeste dans toute l'étendue du poumon droit, en arrière, et en avant surtout sous la clavicule. Le son de percussion n'est pas diminué en ce point ni ailleurs du côté droit. Les vibrations exagérées physiologiquement dans la fosse sus-épineuse droites sont égales à droite et à gauche sous les clavicules. L'amplitude respiratoire à la vue et à la main n'est pas diminuée à droite.

La malade qui est très névropathe ne peut pas dormir autrement que sur le côté droit. Nous lui recommandons la gymnastique pulmonaire.

Le 12 avril. — La mensuration périmétrique relève comme différence entre les deux côtés du thorax 1 centimètre $1/2$ en faveur de la moitié droite. Les diamètres vertébraux-sous-costaux sont égaux.

Quelques jours plus tard la malade quitte le service. Sa respiration n'est pas modifiée, mais elle n'a pas renoncé à son décubitus.

OBSERVATION XVIII

Anna K..., âgée de 26 ans, ménagère, entrée le 24 janvier 1896, salle des troisièmes femmes, n° 41.

Diagnostic : Dothiésentérie (traitement par la quinine et le naphthol).

Peu de renseignements sur ses antécédents, la malade ne parle que difficilement le français et ne donne pas de renseignements très complets. Elle entre dans le service

pour un état fébrile aiguë qu'elle dit remonter à quatorze jours.

Elle présente les signes classiques d'une dothiéntérie d'intensité moyenne.

Au bout de huit jours la défervescence s'accuse et la malade entre rapidement en convalescence. C'est alors que nous examinons ses poumons et constatons qu'elle présente du côté droit, avec prédominance au sommet, une très notable diminution dans l'intensité du murmure vésiculaire.

On ne constate pas de rudesse, pas de saccades, le moelleux et le rythmé de la respiration normale sont conservés mais celle-ci comparée à la respiration du côté droit est très diminuée. La malade est une droitnière du sommeil. L'évaluation des dimensions périmétriques et diamétrales de l'hémithorax droit donne des chiffres normaux dans leur rapport avec ceux du côté gauche.

La malade étant étrangère nous ne réussissons pas à lui inculquer des notions suffisantes sur la gymnastique pulmonaire, elle quitte du reste le service peu de jours après, et sans modification de sa respiration.

OBSERVATION XIX

(Observation recueillie par M. Duplan, interne, dans le service du professeur Bard).

J. M., âgée de 18 ans, couturière, entrée le 25 janvier 1896, à l'hôpital St-Pothin, salle Ste-Marie, n° 18.

Diagnostic : Chlorose intense. Sclérose légère du sommet droit (?)

Antécédents : Père vivant, tousse depuis longtemps. Mère bien portante. La malade a une sœur dans le service, entrée également pour chlorose. Une autre sœur bien portante.

Pas de maladies intérieures. La malade a été réglée à 15 ans, normalement toujours, mais le sang est pâle et en petite quantité.

Comme chez sa sœur, il y a 3 ans que l'affection a débuté, deux mois avant l'apparition de la chlorose de sa sœur. Avec la décoloration des téguments apparurent des troubles digestifs, de l'anorexie, la perte des forces. La malade travaille chez elle comme couturière pendant 10 heures en moyenne chaque jour, elle fait marcher fréquemment la machine à coudre.

Depuis ce début l'aggravation a été graduelle, pendant deux mois en 1894, elle fut plus gravement malade et dut consulter un médecin qui lui ordonna un traitement ferrugineux. Depuis quelques temps la malade a totalement perdu ses forces, elle ne pouvait faire quelques pas sans avoir des palpitations.

Elle prétend avoir eu de l'œdème au niveau des genoux (?) le soir, sans douleurs ni rougeur de la peau.

Elle dit se lever 5 à 6 fois dans la nuit pour uriner, les urines émises sont abondantes et claires.

Troubles digestifs fréquents, pesanteur après le repas. Pas de vomissements. Pas d'amaigrissement.

Décoloration très complètes des muqueuses. La malade a la teinte cire des chlorotiques.

Elle tousse fréquemment depuis le début de l'hiver mais sans cracher de pus. Respiration obscure en arrière à droite dans la région moyenne. Nervosisme accusé. Battements rythmiques des paupières. Anesthésie cornéenne, pharyngienne, ovarie, sensation de boule cervicale.

Les souffles chlorotiques sont très marqués.

Souffle veineux continu à renforcement au cou, des deux côtés, beaucoup plus intense à droite.

Souffle oculaire systolique; souffle systolique dans le 3^e espace gauche.

Le 31 janvier. — La malade tousse un peu depuis le commencement de l'hiver sans expectoration. *En arrière* au sommet droit on constate un peu d'obscurité et une diminution anormale du retentissement de la voix haute par rapport au côté opposé.

En avant même différence entre les deux côtés au point de vue de l'amplitude respiratoire, de plus légère submatité à droite, aucun râle.

Une sœur de la malade actuellement dans le service présenté les mêmes phénomènes sauf que l'obscurité est à gauche.

Nous avons examiné cette malade et nous avons constaté sous la clavicule droite surtout, mais également dans le reste du poumon droit, une diminution très accusée de l'amplitude respiratoire, mais ne s'accompagnant d'aucune altération pathologique surajoutée; c'est-à-dire sans modification de la tonalité du rythme ou du timbre. L'évaluation de l'hémipérimètre droit nous l'a montré égal au gauche, or normalement il est prédominant = 38 centimètres. Les 2 diamètres du sommet étaient égaux aussi = 18 centimètres. L'élasticité et la dilatibilité des deux moitiés du thorax à la base avaient conservé leur rapport normal. Nous n'avons pu obtenir, chez cette malade, des courbes graphiques reproduisant exactement l'excursion respiratoire des sommets.

Enfin nous n'avons pu la suivre, elle a quitté peu de jours après l'hôpital et n'avait pas pratiqué la gymnastique respiratoire assez longtemps pour en avoir retiré un bénéfice notable.

La malade dont on vient de lire l'observation avait une sœur aînée, qui sortie récemment de l'hôpital

St-Pothin, où elle avait été traitée dans le service du professeur Bard, pour une chlorose aussi très intense. Elle présentait de plus, comme elle, une faiblesse respiratoire unilatérale, mais à gauche au lieu d'être à droite. Interrogée sur son mode de décubitus, la plus jeune nous a appris que couchant toujours dans le même lit que sa sœur, elle dormait sur le côté droit, tournant le dos à sa voisine qui, elle, se couchait toujours à gauche. Nous avons cru intéressant de rapporter l'observation de cette dernière que M. Bard a bien voulu nous communiquer.

OBSERVATION XX

(Observation recueillie par M. Duplan, interne, dans le service du professeur Bard).

E. M..., âgée de 19 ans, demoiselle de magasin.

Diagnostic : Chlorose intense, sclérose légère du sommet gauche.

Antécédents. — Parents vivants.

Pas de frères, deux sœurs vivantes, l'une d'elles est anémique.

Réglée à 15 ans, assez régulièrement, mais à chaque époque menstruelle, il ne se produit qu'un suintement d'une petite quantité de sang très pâle.

Excellente santé durant son enfance.

Pas d'autres maladies jusqu'à l'âge de 18 ans où apparût l'anémie intense qui l'oblige à entrer à l'hôpital. Elle a déjà subi plusieurs traitements pour cette affection, ils n'ont produit aucun résultat.

La malade souffre, depuis cette époque, de troubles digestifs qui n'ont fait que s'accroître. Depuis quelques

mois elle ne peut supporter la viande. Par contre, elle affectionne les mets épicés, la salade particulièrement.

Après le repas elle souffre immédiatement, elle vomit fréquemment. Elle a quelque peu maigri et perdu ses forces au point d'avoir été obligée de quitter son travail il y a quinze jours et de ne pouvoir faire quelques pas sans extrême fatigue.

Palpitations cardiaques sans dyspnée, à l'occasion des efforts même de peu d'intensité.

La malade avoue son nervosisme. Il serait provoqué par de nombreuses contrariétés qu'elle aurait subies.

Hémi-anesthésie gauche à peu près complète. Anesthésie pharyngée oculaire; battements rythmiques des paupières. Douleurs à la pression des fosses iliaques.

La malade tousse un peu mais sans expectoration, du reste l'auscultation du poumon ne révèle rien d'anormal.

La malade est obligée de se lever plusieurs fois la nuit pour uriner. Elle n'a jamais eu d'œdème.

L'état général est assez mauvais, quoique l'embonpoint soit au-dessus de la normale. La malade est très faible. Ce qui domine c'est la paleur extrême de la peau, la décoloration des muqueuses.

La matité splénique est perceptible sur un espace de quatre travers de doigt.

La langue est grisâtre, saburrale.

La succussion partielle révèle du clapotement au creux épigastrique seulement trois heures après le repas. Il n'a pas été perçu par la malade.

Pas de diarrhée, léger tympanisme abdominal.

Souffle intense des jugulaires avec frémissement.

La palpation de la pointe du cœur nous la montre dans le quatrième espace sans le mamelon, on y perçoit un frémissement très doux, systolique.

Il se perçoit également au niveau de l'espace pulmonaire. Souffle oculaire intense. Souffle mentonnier.

Le premier bruit possède un souffle systolique intracardiaque inorganique, sourd, précédant un peu la systole et empiétant sur elle. On perçoit également un souffle doux au foyer de l'artère pulmonaire, et un souffle très léger à l'appendice xyphoïde.

Les urines ne contiennent pas d'albumine, dépôt floconneux abondant.

Le 10 janvier. — La malade présente une pâleur extrêmement accusée avec décoloration absolue des muqueuses et teinte cireuse des oreilles.

Le souffle veineux du cou est très accusé, il existe des deux côtés mais plus marqué à droite, sans pialement.

A l'examen du cœur, au niveau de la pointe, le choc est à peu près normal, à l'auscultation il existe un bruissement présystolique très accusé, non soufflant, non progressif.

Pas de dédoublement du deuxième temps.

Dans le troisième espace sur le bord gauche, souffle systolique inorganique lent. Souffles oculaires intenses.

Pas de toux, à l'auscultation un peu d'obscurité du sommet dans la respiration tranquille, et qui disparaît dans les grandes inspirations.

On constate un peu de clapottement stomacal sans qu'il paraisse y avoir de dilatation marquée, il ne se perçoit qu'au-dessus de l'ombilic.

Le 24 janvier. — La malade prend depuis le 18, quatre pilules de Valette et des douches froides depuis quatre jours.

L'état s'est un peu amélioré. La pâleur est un peu moindre, le souffle systolique inorganique persiste, mais le bruissement présystolique est beaucoup moins marqué. Les souffles oculaires ont disparu. Les souffles veineux

sont toujours nets, mais ne s'accompagnent plus de frémissement perceptible au doigt.

31 Janvier. — La malade a continué les pilules de Valette et les douches, la chlorose s'est beaucoup modifiée.

Le teint est encore pâle, mais n'est plus jaunâtre.

Les souffles cardiaques et oculaires persistent mais atténués.

Le bruit cardiaque présystolique a disparu.

Les souffles veineux du cou sont très légers et inconstants.

La toux a complètement disparu.

A l'auscultation on constate une différence d'amplitude respiratoire assez marquée entre les deux sommets, sans râles.

Le sommet gauche est relativement obscur en avant et en arrière.

Une sœur de la malade, actuellement dans le service, présente les mêmes phénomènes, sauf que l'obscurité est à droite.

CONCLUSIONS

- 1° Il existe une respiration anormale non pathologique, caractérisée par une modification du murmure vésiculaire portant uniquement sur son intensité. Cette respiration est faible. Mais cette faiblesse ne s'accompagne d'aucune altération de la tonalité, du rythme ou du timbre.
- 2° On la rencontre presque exclusivement à droite. Elle est manifeste dans toute la hauteur du poumon, mais acquiert le plus souvent son maximum au sommet, en avant, dans la région sous-claviculaire.
- 3° Elle reconnaît pour cause l'habitude systématique de dormir sur un seul côté du thorax, le côté droit.
- 4° On la constate beaucoup plus rarement chez l'homme que chez la femme. Elle n'existe pas

chez l'enfant. Les chlorotiques et les névropathes la présentent très fréquemment.

- 5° Cette respiration faible s'accompagne quelquefois d'une légère diminution du son de percussion ; siégeant à droite, elle coïncide toujours avec l'exagération physiologique des vibrations ; aussi faut-il admettre que chez une personne droitère du sommeil, comparé au schème gauche supposé normal, le schème pulmonaire droit suivant :

Son..... = ou —

Vibrations. +

Respiration —

« n'a intrinséquement qu'une signification pathologique très conditionnelle pour ne pas dire nulle. »

- 6° La respiration faible unilatérale liée au décubitus, traitée par la gymnastique thoracique, est susceptible de disparaître assez rapidement, si, bien entendu, la personne qui la présente consent à en supprimer la cause productrice.

BIBLIOGRAPHIE

- BARTH et ROGET. — Traité d'auscultation, septième édition, 1870.
- BOUCHUT. — Traité de diagnostic et de sémiologie, Paris, 1883.
- BOUVERET. — De la neurasthémie. Province médicale, 1890.
- BRIQUET. — Traité de l'hystérie, 1859.
- BURQ. — De la gymnastique pulmonaire, Paris, 1875.
- COLLIN. — De l'herpétisme et du diagnostic de cette diathèse par la percussion et l'auscultation, Paris 1885.
- COULAMPIS. — Troubles respiratoires de la neurasthémie, th. Paris, 1894.
- DALLY. — De l'exercice méthodique de la respiration. In bulletin de therap , 1881.
- DUCHENNE. — In Electrification localisée, 1872.
- EICHHORST. — Traité de diagnostic médical, traduction Marfan et Weiss, Paris, 1890.
- FOURNET. — Recherches cliniques sur l'auscultation des organes respiratoires, Paris 1839.

- GOLESCÉANU. — Essai sur l'emphysème pulmonaire des adolescents, th. Paris 1894.
- GRANCHER. — Rapport du tympanisme sous-claviculaire avec les autres signes physiques au point de vue du pronostic des épanchements pleurétiques, Soc. méd. des hôpitaux, Paris, 1882.
- De la valeur des respirations anormales. Soc. méd. hôpit., 1882.
- Maladies de l'appareil respiratoire, Tuberculose et auscultation. Leçons recueillies par Faisans, 1890.
- GUENEAU DE MUSSY. — Cliniques médicales, 1874, t. I.
- GUTTMANN. — Tr. du diagnostic des maladies des organes thoraciques et abdominaux, deuxième éd., trad. de Hahn, Paris 1877.
- HANOT. — Début de la phtisie pulmonaire, cliniq. med. in Semaine medicale, 1895, p. 429.
- HARDY et BÉHIER. Traité élémentaire de pathologie interne, Paris, 1844.
- HAYEM. — Du sang et de ses altérations anatomiques, Paris, 1889-
- JANET. — Etat mental des hystériques. Les stigmates mentaux, biblioth. méd. Charcot-Debove, 1892.
- LAENNEC. Traité de l'auscultation médiate, Paris éd. 1879.
- G. LAGNEAU. — Sur les mesures d'hygiène publique propres à diminuer la fréquence de la phtisie, Annales d'hygiène, 1878.
- LAMASSOU. — Contribution à l'étude des rapports de la chlorose et de la tuberculose, thèse Bordeaux, 1894.
- LASÈGUE — Technique de l'auscultation pulmonaire, deuxième édition, 1881.
- LASÈGUE et GRANCHER. — Technique de la palpation et de la percussion, 1882.
- LÂRCHER. — De la transsonnance thoracique, th. Paris, 1895.

- LARGAUD. — De l'influence de l'hystérie sur la phtisie pulmonaire, thèse de Montpellier, 1882.
- LÉONCINI. — Etude sur quelques troubles respiratoires de la chlorose, thèse de Paris, 1893.
- LEUDET. — De la tuberculose pulmonaire chez les hystériques, Paris, 1878.
- LOUIS. — Recherches sur la phtisie, 2^{me} éd., 1843.
- LUZET. — La chlorose, bibl. Charcot-Debove, 1892.
- MARFAN. — Article phtisie in traité de Médecine.
- MONCORGÉ. — De la respiration faible physiologique à droite, in Lyon Médical, 1894.
- MASSO. —
- PACHON. — Recherches expérimentales et cliniques sur la fréquence et le rythme de la respiration, thèse Paris, 1892.
- PÊTER. — Cliniques médicales.
- PIDOUX. — Etudes générales et pratiques sur la phtisie, 1873.
- PORTE. — Etude clinique sur le rythme respirat. dans les maladies de l'enfance, thèse de Lyon, 1893.
- RANSOME. — On stethometry, London, 1876.
- RIEGEL. — Die Athembewegungen, Würzburg, 1873.
- ROGER et GILBERT. — Bulletin Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 15 mai 1896.
- G. SÉE. — De la phtisie bacillaire des poumons, 1884.
- STOKES. — A treatise on the Diagnosis and Treatment of Diseases of the Chest., Dublin, 1837.
- TESTUT. Traité d'anatomie.
- W. WALSHE. — Traité clinique des maladies de la poitrine, 3^{me} éd. trad. Fonssagrives, 1870.
Clinical lectures, Lancet 24 febr. 1849.
- WOILLEZ. — Traité théorique et clinique de percussion et d'auscultation, 1879.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TEISSIER.

Vu, bon à imprimer :
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :
LE RECTEUR
G. COMPAYRÉ.

Lyon, le 2 juillet 1896.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE	5
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE I — Définition.....	15
— II — Historique.....	21
— III — Etude clinique. — Fréquence. — Etio- logie. — Siège. — Symptomatologie. Pronostic. — Diagnostic	33
— IV — PATHOGÉNIE.....	59
— V — TRAITEMENT.....	73
OBSERVATIONS	81
CONCLUSIONS.....	117
BIBLIOGRAPHIE.....	119

